



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

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



**L'APPORT DE LA RIGOLOGIE  
DANS LA PRISE EN SOIN ERGOTHERAPIQUE EN SANTE MENTALE**

Mémoire d'initiation à la recherche

**CORENTIN VIRY**

JUN 2019



## **Remerciements**

Sous la direction de Jacques ARNOULD, ergothérapeute au centre psychothérapique de Nancy, maitre de mémoire.

Je souhaite remercier :

- Monsieur Jacques ARNOULD, pour son écoute, ses conseils et ses encouragements tout au long de ce travail.
- Les formateurs de l'Institut de formation en Ergothérapie de Nancy pour leurs disponibilités lors de ces trois années de formation. Plus particulièrement, Mr JérémY GUESNE, formateur référent au cours de ces trois années, pour son accompagnement lors de ce mémoire.
- Les ergothérapeutes interrogés pour le temps qu'ils m'ont accordé et leurs accueils.
- Mes parents et ma sœur pour leurs encouragements et les nombreuses relectures et corrections pertinentes.

## TABLE DES MATIERES :

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>ÉLÉMENTS CONCEPTUELS ET CONTEXTUELS DE LA RECHERCHE</b>	<b>3</b>
<b>I. PSYCHOCORPORALITE</b>	<b>3</b>
<b>A. DEFINITION</b>	<b>3</b>
<b>B. LA RIGOLOGIE</b>	<b>5</b>
1. HISTOIRE	5
2. DEFINITION	6
3. DEROULEMENT D'UNE SEANCE	7
<b>II. LE SOIN ET L'ERGOTHERAPIE EN SANTE MENTALE</b>	<b>13</b>
<b>A. SOIN ET SANTE MENTALE</b>	<b>13</b>
<b>B. ERGOTHERAPIE ET SANTE MENTALE</b>	<b>14</b>
1. HISTOIRE DE L'ERGOTHERAPIE	14
2. HISTOIRE DE LA SANTE MENTALE	15
<b>C. L'ERGOTHERAPEUTE EN SANTE MENTALE</b>	<b>15</b>
1. OBJECTIFS	16
2. MOYENS	16
<b>III. TROUBLES DE L'HUMEUR</b>	<b>18</b>
<b>A. LA DEPRESSION</b>	<b>18</b>
1. HISTOIRE DE LA DEPRESSION	18
2. DEFINITION DE LA DEPRESSION	19
3. TABLEAU CLINIQUE	20
4. LES TRAITEMENTS	22
<b>B. LE TROUBLE BIPOLAIRE</b>	<b>25</b>
1. DEFINITION	25
2. TABLEAU CLINIQUE	26
3. TRAITEMENT	27
<b>ELABORATION DE LA PROBLEMATIQUE ET DES HYPOTHESES</b>	<b>28</b>
<b>PARTIE EXPLORATOIRE</b>	<b>28</b>
<b>IV. LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE</b>	<b>28</b>

<b>A.</b>	<b>CHOIX DE L'OUTIL DE RECHERCHE</b>	<b>28</b>
<b>B.</b>	<b>CHOIX DE LA POPULATION INTERROGEE</b>	<b>29</b>
<b>V.</b>	<b>L'ANALYSE DES ENTRETIENS</b>	<b>30</b>
<b>A.</b>	<b>ANALYSE LONGITUDINALE</b>	<b>30</b>
1.	ENTRETIEN MME. A.	30
2.	ENTRETIEN MME. B.	33
3.	ENTRETIEN M. C.	36
<b>B.</b>	<b>ANALYSE TRANSVERSALE</b>	<b>38</b>
1.	LA MISE EN PLACE DE LA RIGOLOGIE	38
2.	LA RIGOLOGIE COMME ACTIVITE THERAPEUTIQUE A PART ENTIERE	39
3.	L'APPORT DE L'ERGOTHERAPEUTE	41
<b>VI.</b>	<b>VERIFICATION DES HYPOTHESES</b>	<b>44</b>
<b>VII.</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>44</b>
<b>A.</b>	<b>LA MISE EN PLACE DE LA RIGOLOGIE</b>	<b>45</b>
<b>B.</b>	<b>LA RIGOLOGIE COMME ACTIVITE THERAPEUTIQUE A PART ENTIERE</b>	<b>45</b>
<b>C.</b>	<b>L'APPORT DE L'ERGOTHERAPEUTE</b>	<b>46</b>
<b>VIII.</b>	<b>LES PRECONISATIONS</b>	<b>47</b>
<b>A.</b>	<b>LA MISE EN PLACE DE LA RIGOLOGIE</b>	<b>47</b>
<b>B.</b>	<b>L'APPORT DE L'ERGOTHERAPEUTE</b>	<b>47</b>
<b>IX.</b>	<b>LIMITES DE LA RECHERCHE</b>	<b>48</b>
<b>A.</b>	<b>LA PARTIE THEORIQUE</b>	<b>48</b>
<b>B.</b>	<b>L'ECHANTILLON</b>	<b>48</b>
<b>C.</b>	<b>L'OUTIL EXPLORATOIRE</b>	<b>49</b>
	<b>CONCLUSION</b>	<b>49</b>
	<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>51</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>52</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>57</b>



## Introduction

En 2016, lors de mon entrée à l'Institut de Formation en Ergothérapie Lorraine Champagne Ardenne, j'ai pris conscience des nombreux secteurs d'activités dans lesquels l'ergothérapeute peut exercer. J'ai été immédiatement intéressé et intrigué par le domaine de la santé mentale, j'en ai donc informé mon référent au cours du premier rendez-vous de scolarité. En effet, auparavant, je n'avais jamais été confronté à une personne atteinte d'une maladie ou de troubles mentaux. Les seules idées et images de la psychiatrie, que j'avais, étaient influencées par certains films stigmatisants où les personnages, touchés par une maladie mentale, portent des camisoles et crient de façon incessante dans des hôpitaux délabrés. De plus, étant en formation paramédicale, je me suis progressivement posé des questions sur les différentes techniques de soin et de rééducation que l'on pouvait trouver dans ce secteur puisqu'elles sont encore peu connues à l'échelle de la population. Ce sont donc toutes ces représentations qui m'ont poussé à m'interroger et m'ont donné envie d'aller observer et analyser les différentes méthodes de soin proposées au sein des structures, accueillant des patients manifestant des troubles mentaux. Je souhaitais ainsi développer mes connaissances sur ce sujet et me former mon propre avis. En deuxième année, après avoir suivi des cours théoriques centrés sur la santé mentale, ses pathologies et les activités thérapeutiques liées aux troubles mentaux, mon envie de découvrir ce milieu n'était plus la même. En effet les cours que nous avons suivis étaient contrastés entre deux modèles conceptuels bien distincts que sont le modèle psycho-dynamique et le modèle cognitivo-comportemental. Cependant mes choix ayant déjà été faits, mon stage du semestre 4 en mai-juin 2018 s'est déroulé au Centre Psychiatrique de Nancy au sein du NBH.

Ce stage a été une véritable découverte de ce milieu, qui est encore méconnu pour la majeure partie de la population. J'ai ainsi pu faire évoluer ma pratique auprès de personnes atteintes de maladies mentales, mais ne manifestant pas pour autant des troubles physiques. Cet aspect m'a particulièrement intéressé, car j'ai pu observer une nouvelle facette du métier d'ergothérapeute. En effet, pour la première fois, j'ai travaillé avec des patients atteints de troubles mentaux qui influencent la qualité de leur vie et engendrent chez eux un handicap social plus ou moins important. J'ai alors pu mettre une image sur tous les troubles psychiatriques que j'avais pu découvrir lors des différents cours théoriques.

De plus, en santé mentale, j'ai pu remarquer que les activités proposées étaient très variées et permettaient de viser de nombreux objectifs : instauration d'une relation de confiance, revalorisation du patient, développement des contacts avec autrui, apprentissage de la gestion des émotions. Au cours de cette expérience professionnelle, j'ai aussi pu découvrir et participer à des séances de rigologie. Je ne connaissais que très peu cette activité puisque nous l'avions évoquée de manière succincte en cours. Dès ma première participation à un atelier de rigologie, j'ai été très étonné par l'impact positif de cette activité sur les patients. En effet, j'ai pu me rendre compte que les différents exercices proposés modifiaient considérablement l'humeur de la majorité des participants, atteints, pour la plupart, de troubles dépressifs. À l'issue de cette première séance de rigologie, certains affirmaient déjà se sentir mieux. J'ai été interpellé par ce changement d'humeur, qui pouvait survenir rapidement et cela m'a fait me questionner par rapport à d'autres activités pour lesquelles le temps est nécessaire afin de remarquer quelconques modifications psychiques chez les patients.

En mars 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé publie une étude indiquant que les troubles dépressifs sont « le 1<sup>er</sup> facteur de morbidité et d'incapacité sur le plan mondial ». Elle précise aussi que 300 000 millions de personnes dans le monde sont touchées par la dépression, une maladie mentale se caractérisant par une perte de l'élan vital bien souvent liée à une perte du plaisir. Cela s'accompagne souvent de troubles de l'appétit et du sommeil. Cette maladie modifie considérablement la qualité de vie de la personne. La dépression, si elle n'est pas ou mal traitée, peut emmener le patient au suicide comme le mentionne une étude de l'Académie de Médecine (mai 2014) « 5 à 20% des patients déprimés se suicident ».

Après avoir suivi plusieurs séances tout au long de mon stage je me suis alors posé la question suivante : en quoi la rigologie peut-elle être un atout en santé mentale ?

Dans un premier temps nous définirons le concept de la psychocorporalité afin de mieux expliquer ce qu'est la rigologie. Puis nous évoquerons la prise en soin réalisé par l'ergothérapeute en santé mentale. Enfin nous finirons notre partie théorique en expliquant ce que sont les troubles de l'humeur.

# Éléments conceptuels et contextuels de la recherche

## I. Psychocorporalité

### **A. Définition**

À l'Antiquité, Platon exprimait déjà l'importance de prendre le patient dans son ensemble et non de le réduire à une partie de son corps, comme en témoigne cette citation : « *Que les thérapeutes séparent l'esprit du corps est une grande erreur de notre époque lors du traitement des êtres humains* »<sup>1</sup>. En effet, Platon voulait faire comprendre qu'on soigne l'homme dans sa totalité et pas uniquement sa jambe, son bras ou son dos.

Selon un article du ministère des Solidarités et de la Santé<sup>2</sup>, la médecine dite conventionnelle regroupe les techniques de soins qui ont fait l'objet de nombreuses études montrant leurs effets bénéfiques, leurs modalités d'actions ou encore leur non dangerosité. Cette médecine est centrée uniquement sur la pathologie du patient, soigné à l'aide de traitements médicamenteux et/ou de techniques médicales (chimiothérapie, radiologie), axés sur les points douloureux. Ces soins sont prescrits par des professionnels de la santé. À leurs côtés, on retrouve d'autres professionnels exerçant dans le paramédical comme l'ergothérapeute, le kinésithérapeute ou encore l'orthophoniste qui vont proposer des techniques de soins complémentaires aux professions médicales, davantage tournées vers la rééducation.

Cependant depuis le début des années 2000, la médecine conventionnelle voit arriver les médecines parallèles ou alternatives. Selon l'OMS, définition publiée en 2000 dans Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle<sup>3</sup>, « Elles se rapportent alors à un vaste ensemble de pratiques de soins de santé qui n'appartiennent pas à la tradition du pays et ne sont pas intégrées

---

<sup>1</sup> CÉLESTIN-LHOPITEAU, Isabelle et BENHAMOU, Dan. *Soigner par les pratiques psycho-corporelles: pour une santé intégrative*. 2015.

<sup>2</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. Les pratiques de soins non conventionnelles [en ligne] 16 Octobre 2017. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles> [consulté le 6 avril 2019]

<sup>3</sup> ANDERSON, Linda, BRIGGS, David, CARDINI, Francesco, et al. *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle*. 2000.

dans le système de santé dominant.. ». En France, elle regroupe des pratiques telles que l'acupuncture, le yoga, l'ostéopathie, l'hypnose... .

C'est pourquoi nous parlons désormais de santé intégrative rassemblant médecine conventionnelle et complémentaire.

D'après les National Institutes of Health des États-Unis, les médecines complémentaires, nommées Complementary Alternative Medicine aux États-Unis, sont « *un large domaine de ressources de guérison qui englobe tous les systèmes, modalités, et pratiques de santé, de même que leurs théories ou croyances, autres que ceux qui sont intrinsèques au système de santé politiquement dominant d'une société ou culture particulière à une période historique donnée.* »<sup>4</sup>

Ces pratiques psychocorporelles sont à relier directement aux dimensions psychologiques et corporelles du patient, comme l'indique l'étymologie de ce terme composé de deux parties: « psycho » (l'esprit) et « corporel » (le corps).

La psychocorporalité est la base des techniques dites psychocorporelles. C'est le fait d'utiliser notre corps comme médiation<sup>5</sup>. En effet, dans une relation, on retrouve la communication non verbale qui regroupe un ensemble d'éléments comme les gestes et positions réalisés par le corps. Comme l'exprime Joseph Messinger, psychologue de formation, « *le décryptage des gestes est une traduction en temps réel des émotions qui agitent les sentiments humains* »<sup>6</sup>. La zone du visage est « *particulièrement riche en signaux* »<sup>7</sup> elle permet d'avoir une idée de l'humeur de l'autre en ne regardant que ses expressions faciales.

Le fait de décoder la communication non verbale est appelé la synergologie. Cette discipline a été créée par Philippe Turchet, spécialiste en communication, à la fin des années 1990. Comme il nous l'indique dans son livre Le langage universel du corps<sup>8</sup>, la communication non verbale a une place importante dans les échanges puisque 80% de ceux-ci ne se font pas qu'à travers de simples mots. À travers cet ouvrage, il nous explique quelles sont les différentes significations des gestes que nous effectuons ou des positions dans lesquelles nous nous tenons.

---

<sup>4</sup> CÉLESTIN-LHOPITEAU, Isabelle et BENHAMOU, Dan. *Soigner par les pratiques psycho-corporelles: pour une santé intégrative.* 2015

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> MESSINGET, Joseph. *Le Langage des Geste pour les nuls.* 2009

<sup>7</sup> Ibid.

<sup>8</sup> TURCHET, Philippe. *Le langage universel du corps comprendre l'être humain à travers la gestuelle.* 2009.

De nombreuses études comme celle réalisée par Chris Streeter<sup>9</sup> ont démontré les effets bénéfiques des thérapies psychocorporelles sur le bon fonctionnement cérébral. Ces thérapies agissent entre autres sur la production des hormones et des neurotransmetteurs.

Chris Streeter est une psychiatre américaine qui a mis en évidence le lien existant entre le yoga et le stress. En effet, ses recherches ont montré que le yoga influençait positivement l'augmentation du taux de GABA dans le cerveau de la personne<sup>10</sup> pratiquant cette activité. Un taux de GABA faible traduit souvent le stress et l'anxiété d'une personne.

Suite à cette introduction, nous allons nous intéresser plus spécifiquement à la rigologie, une activité psychocorporelle, inventée au début du XXI<sup>e</sup> siècle.

## **B. La rigologie**

### **1. Histoire**

Depuis l'Antiquité, les médecins préconisent le rire. Cependant ce n'est qu'au XX<sup>e</sup> siècle que l'on a pu assister à la naissance d'une discipline nommée yoga du rire.

En 1964, Norman Cousins, un journaliste américain, apprend qu'il souffre d'une spondylarthrite ankylosante (arthrite de la colonne vertébrale). Dans son livre La volonté de guérir<sup>11</sup>, il raconte son choix de quitter l'hôpital et de s'installer dans un hôtel pour se soigner seul en prenant de la vitamine C en grande quantité, tout en visionnant des films comiques et des sketches. Grâce à ce traitement, ses douleurs s'atténuent et sa maladie finit par guérir. Norman Cousins a ainsi fait l'expérience du rôle important que peut avoir le fou rire sur la santé.

Dans les années 1970, une docteure américaine en psychologie, Annette Goodheart a eu l'idée d'utiliser le rire forcé pour soigner le corps, l'esprit et l'âme. C'est une pionnière

---

<sup>9</sup> STREETER, Chris C., WHITFIELD, Theodore H., OWEN, Liz, et al. Effects of Yoga Versus Walking on Mood, Anxiety, and Brain GABA Levels: A Randomized Controlled MRS Study [en ligne]. Novembre 2010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111147/> [consulté le 13 décembre]

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> COUSINS, Norman, CORYELL, Rosette et DUBOS, René Jules. *La Volonté de guérir*. 1981

puisqu'elle a été la première à utiliser le rire « *comme outil principal dans le cadre de psychothérapies individuelles.* »<sup>12</sup>

En mars 1995, à Bombay, en Inde, le Docteur Madan Kataria, un médecin et sa femme, Madhuri Kataria, une professeure de yoga, créent le premier club de rire au monde dans un parc. Le Docteur Kataria a été le précurseur de ce concept de yoga du rire et, par la suite, des milliers de personnes se sont investis dans ce type de thérapie<sup>13</sup>.

Le début des années 2000 est déterminant pour le rire puisqu'en 2002, c'est Corinne Cosseron en France, journaliste de métier, qui invente puis développe la rigologie en créant la première école de rire au monde (l'Ecole Internationale du Rire et du Bonheur).<sup>14</sup>

Elle fonde la rigologie en y intégrant les connaissances du jeu du clown, de la sophrologie, de la psychologie positive, les techniques d'improvisation, mais aussi de respiration et bien sûr du yoga du rire. Grâce à des formations de plusieurs jours, tout le monde peut devenir rigologue sans pré requis afin d'ouvrir son propre club de rire.

Aujourd'hui, on peut retrouver des milliers de clubs du rire dans 105 pays différents. Cela traduit bien l'importance du rire dans le quotidien de chacun et les bénéfices de ce comportement sur notre santé.

## 2. Définition

Selon Corine Cosseron,<sup>15</sup> « *La rigologie est une technique psychocorporelle innovante de développement du bonheur qui s'appuie sur nos qualités et nos succès plutôt que sur l'analyse attristée de nos faiblesses et de nos échecs.* » Elle ajoute aussi que c'est « *une rencontre entre sagesse ancestrales et récentes découvertes scientifiques qui agit à la fois sur les plans mentaux, corporels, émotionnels et spirituels* ».

La rigologie, qui se pratique en groupe, peut-être utilisée dans différents milieux, tels que celui de l'entreprise, lors de séminaires ou d'évènements, permettant entre autres de

---

<sup>12</sup> COSSERON, Corinne. *Remettre du rire dans sa vie: La Rigologie, mode d'emploi*. 19 mai 2011.

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Ibid.

lutter contre le stress, mais aussi en maison de retraite ou en santé mentale avec les équipes soignantes ou les pensionnaires des établissements.

Pour devenir rigologue expert, il est nécessaire de suivre plusieurs formations. Une première d'une durée de deux jours permet d'obtenir la certification afin animateur de yoga du rire. Puis, il faut participer à une formation de six jours afin de devenir rigologue de niveau 1. Cinq nouveaux jours de formation seront nécessaires pour valider le niveau 2 et enfin trois jours supplémentaires permettent d'obtenir la certification de rigologue expert. Cette certification donne l'autorisation au thérapeute d'animer des ateliers de rigologie dans son milieu professionnel ou personnel et ainsi créer son propre club du rire<sup>16</sup>.

Cette pratique de la rigologie permet de viser des objectifs thérapeutiques distincts par le biais d'exercices très divers. On retrouve des exercices de yoga du rire, d'ancrage, des jeux psychocorporels, des exercices de respiration, des exercices tactiles, des jeux à l'aveugle, des exercices théâtraux... .

Le professionnel anime toujours ces ateliers de façon ludique afin de faire participer le patient plus spontanément. Il permet ainsi de rendre son adhésion à l'activité plus évidente. Comme l'a écrit Corinne Cosseron « *l'action thérapeutique proposée se doit d'être toujours ludique, joyeuse, positive et bienveillante* »<sup>17</sup>.

### 3. Dérroulement d'une séance

#### a) Cadre thérapeutique

Lors de la première séance, le thérapeute, tenant le rôle d'animateur, doit définir en quelques mots le principe et l'objectif de la rigologie pour mettre les patients à l'aise. En effet, la majorité d'entre eux ne connaissent pas cette technique novatrice. Au cours des autres ateliers, il est important que le professionnel répète les trois grandes règles nécessaires au bon déroulement des séances de rigologie. Cela permettra au soignant de poser un cadre thérapeutique bénéfique à chaque patient.

---

<sup>16</sup> Bonheur, psychologie positive, méditation, yoga du rire et rigologie : L'Ecole Internationale du Rire et du Bonheur [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.ecolederire.org/> [Consulté le 23 avril 2019]

<sup>17</sup> COSSERON, Corinne. *Remettre du rire dans sa vie: La Rigologie, mode d'emploi*. 19 mai 2011

La première règle est celle de la bienveillance. L'animateur de la séance indique qu'il est possible de rire, mais qu'il ne faut pas rire de l'autre. Cette règle fait partie intégrante de la notion de groupe comme Dominique Mégrier l'exprime dans 80 exercices d'entraînement au théâtre<sup>18</sup> : « *Un groupe est une entité. Un individu doit y trouver sa place, et le groupe est présent pour aider l'individu à se dépasser voire à se surpasser* ». À travers cette bienveillance, on cherche aussi à installer un certain respect « *qui permettra à chacun d'oser prendre la parole, d'oser improviser, d'oser investir* ».

La seconde règle est celle du don de soi. C'est-à-dire que chaque participant, selon ses capacités, doit expérimenter du mieux qu'il le peut chaque exercice<sup>19</sup>. Cela a une importance pour l'individu qui développera la connaissance de soi et pour le groupe afin de respecter la notion de groupe.

La dernière règle qui délimite notre cadre est l'utilisation des prénoms permettant ainsi de faciliter les échanges entre patients et d'inviter l'autre plus facilement dans son espace vital personnel.

Après avoir installé les règles qui structurent notre cadre, la séance à proprement parler, peut débuter.

### ***b) Constitution de la séance***

Pour détailler le contenu d'une séance de rigologie, nous allons essentiellement utiliser l'entretien réalisé avec une ergothérapeute de métier et rigologue<sup>20</sup>. Étant donné qu'une formation est nécessaire pour obtenir la certification de rigologue, seuls les professionnels ayant participé à cette formation ont pu l'obtenir.

La séance dure entre 1 heure et 1 heure et demie et se compose de 8 à 10 exercices, structurés en trois temps. La trame reste identique d'une semaine à l'autre.

Le premier temps est une phase d'échauffement. Elle comprend en premier lieu la « Météo », ce travail permet à chaque participant de mettre un mot sur son état émotionnel actuel, de le verbaliser.

---

<sup>18</sup> MÉGRIER, Dominique. *80 exercices d'entraînement au théâtre: adultes, seniors*. 2016

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Cf Annexe III : Re transcription d'un entretien : Entretien de Mme. A

Puis, vient l'ancrage ou enracinement, ce moment permet de prendre possession de notre corps dans la salle. Pour cela les séances se déroulent sans chaussures ce qui permet d'avoir un contact direct entre le pied et le sol. À travers cet exercice, chacun prend possession de l'espace dans lequel il se trouve. De plus, comme le dit Corinne Cosseron, ces techniques d'enracinement « nous permettent de nous recentrer et de prendre conscience de notre présence ici et maintenant. »<sup>21</sup> Lors de cet ancrage, l'animateur va donner des consignes tels que « vous êtes lourds comme un éléphant », « marchez sur la pointe des pieds ». Ces indications nous invitent à nous recentrer sur notre corps et nous « évite de vivre uniquement mentalement et de nous figer dans le haut de notre corps, voire carrément à l'extérieur de celui-ci ! »<sup>22</sup>. L'animateur va également mettre en place le premier regard visuel entre les patients, souvent associé à un sourire afin de « se rendre compte que finalement sourire à l'autre ça fait du bien c'est chaleureux » ajoute l'ergothérapeute.

Après s'être concentré sur le corps, la rigologue va intégrer la voix dans les exercices. Cet exercice est un exercice « d'évacuation du stress » qui permet aux participants d'évacuer leurs ruminations à ce moment présent pour pouvoir se consacrer entièrement à la séance. Ce temps est souvent très énergique.

Ensuite, l'animateur met en place un moment plus calme, axé sur la respiration, permettant à chacun de respirer de manière adéquate. Pour cela, le thérapeute va insister sur l'importance de respirer par l'abdomen et non le thorax. Selon l'ergothérapeute, « c'est une manière de se recentrer sur son corps et lorsqu'on se recentre sur son corps, on se décentre de son mental ». De plus, selon Bénédicte Fieller, sophrologue, « les tensions, l'excès de stress (...) les émotions contractent les muscles de notre abdomen et rendent notre respiration plus haute »<sup>23</sup>, les patients atteints de troubles de l'humeur ont donc souvent une respiration thoracique. Une respiration adéquate permet de contrôler de manière plus efficace nos émotions. La rigologie doit aider les patients à mieux identifier et gérer leurs émotions, sources de dysfonctionnements.

---

<sup>21</sup> COSSERON, Corinne. *Remettre du rire dans sa vie: La Rigologie, mode d'emploi*. 19 mai 2011

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> FIELLER, Bénédicte. *Respirer c'est vivre (respiration, relaxation et sophrologie)* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.psychos-ressources.com/bibli/respirer-cest-vivre.html>. [Consulté le 30 avril 2019].

Le dernier exercice constituant la phase d'échauffement est un exercice dit « brise glace ». Il introduit le rire dans la séance et demande à chaque patient de s'investir un minimum.

Après ces différents moments rythmant la première partie, nous rentrons dans la deuxième partie de la séance composée de jeux psychocorporels aux objectifs ciblés et variés tels que l'affirmation de soi qui demande au patient de s'exposer parfois seul, parfois avec d'autres devant le groupe. Au cours de cette phase, nous retrouvons également des jeux à l'aveugle qui se pratiquent à deux : un guide et un aveugle. Ces jeux responsabilisent le patient guide en terme d'attention et de bienveillance envers l'autre. Pour la personne guidée, cela demande d'accorder sa confiance à l'autre, comme a pu le dire l'ergothérapeute « *ça demande de prendre soin de l'autre et d'accepter qu'on prenne soin de soi* »<sup>24</sup>. Certains exercices vont demander aux patients d'être spectateur, ce qui développe un respect et une écoute de l'autre. Leurs capacités d'écoute vont permettre aux patients exposés de mieux se concentrer<sup>25</sup>. Le dernier exercice de cette seconde partie est axé sur l'improvisation. Cela requiert beaucoup d'efforts pour le patient dépressif qui devra lâcher prise mais aussi s'affirmer personnellement, improviser et faire preuve d'imagination. L'initiative est au centre de ces exercices d'improvisation. De plus, cela développe la diction et l'attitude du patient. Il est important de faire plusieurs jeux avec des objectifs distincts pour que le but de la séance ne s'oriente pas vers le développement de la confiance en soi ou de l'initiation à l'improvisation théâtrale.

Enfin, la dernière partie de ces séances comporte la « méditation du rire » ou « rire collectif » ou « yoga du rire ». Cet exercice constitue la fin de la séance, il ne peut pas être proposé en début de séance puisqu'il est difficile et nécessite un lâcher prise énorme. Se forcer à rire n'est pas quelque chose de naturel. Les patients auront plus de facilités à le réaliser après s'être dévoilés aux autres tout au long de la séance. De plus, cela demande aux personnes de s'exposer aux autres puisqu'on a tous des rires différents. L'activité se déroule habituellement au sol permettant d'être « *plus centré sur son corps* », bien qu'il puisse se réaliser debout. Le but de celui-ci est d'amener les participants au rire. Comme l'a expliqué le Docteur Henri Rubinstein, neurologue « *le rire libère des endorphines cérébrales, le rire est*

---

<sup>24</sup> Cf Annexe III : Re transcription d'un entretien : Entretien de Mme. A

<sup>25</sup> HÉRIL, Alain et MÉGRIER, Dominique. *Entraînement théâtral pour les adolescents: à partir de 15 ans*. 2010

un stimulant psychique, le rire, par son action sur le système neurovégétatif, combat le stress »<sup>26</sup>. Enfin, en nous appuyant sur le livre Psychosomatique du rire<sup>27</sup> de ce même docteur, on peut ajouter que le rire à lui seul, a de nombreuses vertus comme le renforcement musculaire puisque lorsque nous rions les muscles se contractent. Il a aussi un rôle antidouleur en libérant des endorphines qui sont des anti-inflammatoires naturels.

Autre avantage du rire, il va permettre une meilleure digestion et une régulation du cholestérol avec le brassage des organes provoqué par celui-ci. De plus, grâce à la sécrétion d'oxyde nitrique, il réduit les problèmes cardiaques en dilatant les artères et donc diminue la pression artérielle. Le rire aide aussi à avoir un meilleur sommeil avec la sécrétion de sérotonine, molécule responsable du déclenchement du sommeil.

Pour clore cette dernière partie et ainsi cette séance, nous terminons par une « météo » comme au début. Cela va permettre d'effectuer une petite évaluation de début et de fin de séance. De plus, le patient va encore une fois verbaliser son ressenti et voir par lui-même son évolution depuis le début d'atelier.

### c) L'animation

Lors de la séance le soignant va avoir 3 rôles distincts : animateur, thérapeute et participant.

Dans un premier temps, il est animateur. Comme l'a dit Dominique Mégrier, chaque séance doit être préparée à l'avance. Cela doit permettre au professionnel d'être acteur de sa séance, d'être vigilant à l'implication de chacun et d'observer les réactions et attitudes des participants. En effet, d'après cette même auteure, l'animateur « doit veiller à ce que les participants travaillent avec plaisir »<sup>28</sup>. Pour cela, il est important de mettre en place la dynamique, l'énergie souhaitée lors de la séance en s'appuyant sur les observations faites. En fonction de chacun, il devra adapter son discours et ses remarques. En effet, si un patient est plus en retrait, l'animateur devra le valoriser pour l'encourager à oser plus ; au contraire, si le patient prend une place trop importante dans le groupe, il est important de le freiner afin qu'il n'empiète pas sur les autres. Il faut aussi réussir à trouver un équilibre entre

---

<sup>26</sup> RUBINSTEIN, Henri. *Psychosomatique du rire*. 2003

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> MÉGRIER, Dominique. *80 exercices d'entraînement au théâtre: adultes, seniors*. 2016

chaque personne pour former une homogénéité dans le groupe et tendre vers cette entité de groupe vue précédemment.

Le second rôle qu'il joue est celui de thérapeute. Le professionnel devra poser un cadre thérapeutique afin que la séance de rigologie ne devienne pas une activité uniquement occupationnelle. La préparation de ses séances doit être en adéquation avec les objectifs de prise en soin des patients. De plus, il devra adapter l'accompagnement de chaque participant pour obtenir une progression individuelle.

Le troisième et dernier rôle joué par le soignant est celui de participant. Lors de la séance, il va participer aux exercices comme chaque patient. Dominique Mégrier estime que l'animateur doit ressentir et expérimenter ce qu'il propose aux participants.

#### *d) Contre indications*

La rigologie est accessible à beaucoup de personnes. Toutefois le corps étant utilisé comme médiation, certaines personnes ont des états contre-indiqués à la pratique de cette thérapie. Corinne Cosseron les mentionne dans son livre<sup>29</sup> et précise ainsi que les personnes atteintes de maladies cardiaques doivent consulter leur médecin avant de pouvoir participer aux séances. De plus, les patients ayant reçu une opération intestinale ou thoracique doivent attendre trois mois avant de pouvoir y participer. Les femmes enceintes n'ont pas l'autorisation de prendre part aux séances de rigologie. Il est aussi déconseillé de prendre part à des séances de rigologie durant une dépression sans traitement associé. Enfin, l'avis du psychiatre traitant est indispensable pour les patients atteints de troubles psychiatriques.

---

<sup>29</sup> COSSERON, Corinne. *Remettre du rire dans sa vie: La Rigologie, mode d'emploi*. 19 mai 2011

## II. Le soin et l'ergothérapie en santé mentale

### A. Soin et santé mentale

La notion de soin, au sens de « préserver notre santé » existe depuis très longtemps comme l'écrit Georges Vigarello dans son livre Le sain et le malsain : santé et mieux être depuis le Moyen Âge<sup>30</sup> « *Un premier constat s'impose : l'entretien du corps ou même l'attitude préventive envers le mal n'ont pas été inventés par le monde contemporain. Innombrables sont les démarches anciennes visant à activer les organes, à les préserver de toute atteinte extérieure* »

Dans la culture anglophone, on distingue deux types de soins : le « care » et le « cure ».

Le « care » fut évoqué en 1982 par Carol Gilligan<sup>31</sup>, une philosophe et féministe américaine. Elle disait que les hommes et les femmes avaient des conduites différentes pour réaliser une même action et estimait que les femmes portaient plus attention à autrui. Elle définissait alors le mot « care » comme une « *capacité à prendre soin d'autrui* ». Puis Joan Tronto, une philosophe américaine décrivit ce terme de façon plus globale : « Au niveau le plus général, nous suggérons que le « prendre soin » [caring] soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible »<sup>32</sup>.

Le « care » est donc un ensemble dans lequel nous retrouvons le fait de se nourrir, d'avoir un endroit pour dormir, de prendre soin des autres... Il prend la personne dans sa globalité. Le care est l'ensemble des soins habituels dans la vie de tous les jours, dans lequel nous retrouvons l'aspect relationnel par exemple. C'est le fruit d'un travail qui reste souvent invisible aux yeux des autres.

Le « cure », quant à lui, désigne l'ensemble des soins de réparation de la personne ou de traitement de la maladie. C'est le fait de soigner la personne avec des soins différents : préventifs, curatifs ou palliatifs. C'est un aspect beaucoup plus technique, seuls des

---

<sup>30</sup> VIGARELLO, Georges. *Le sain et le malsain: santé et mieux-être depuis le Moyen Age*. 1993

<sup>31</sup> ZIELINSKI, Agata. L'éthique du care. Novembre 2010

<sup>32</sup> TRONTO, Joan C. Du care. Novembre 2008

professionnels habilités peuvent soigner la personne. Cependant, avec ce terme, nous avons tendance à ne prendre en compte que le corps de la personne, sa maladie, indépendamment de ses habitudes de vie. Il y a donc une rupture entre le corps et l'esprit de la personne.

Par le biais de ces définitions, il est donc essentiel de lier le « care » et le « cure » car ils sont indispensables de nos jours. En effet, le « care » seul ne suffirait pas pour soigner la personne puisque le manque de soins médicaux à proprement parler se ferait ressentir tout comme le « cure » seul qui enfermerait le patient dans une bulle dans laquelle il aurait la place d'objet vis-à-vis des thérapeutes et ne serait plus acteur de ses soins.

## **B. Ergothérapie et santé mentale**

### **1. Histoire de l'ergothérapie**

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, aux États-Unis, les asiles connaissent un important changement. En effet, jusqu'à cette époque, on utilisait la notion « d'activités » pour parler des soins apportés aux patients. Cependant, le terme d'ergothérapie n'était encore pas utilisé. Ces activités, en majorité créatives, étaient destinées à redonner goût à la vie et à occuper les patients hospitalisés, on parlait plutôt de « *notion d'occupation* » comme l'exprime Florence Klein dans Ergothérapie en psychiatrie<sup>33</sup>. C'est en 1917, Outre-Atlantique, que la première école d'ergothérapie, appelée « *occupational therapy* », est ouverte. En France, c'est après la Seconde Guerre mondiale, en 1954, que la profession fut créée avec l'ouverture de deux écoles dont celle de Nancy. Quelques années plus tard, en 1961, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes est fondée.

À ses débuts, la profession était axée sur les problèmes physiques de la personne. Puis, en 1975, avec la loi sur l'intégration des personnes handicapées, l'ergothérapeute commence à prendre en compte l'environnement social et environnemental de la personne.

De nos jours, comme l'indique l'ANFE<sup>34</sup>, le métier d'ergothérapeute connaît « *un essor important* » avec le vieillissement de la population ou encore la prise en charge plus

---

<sup>33</sup> HERNANDEZ, Hélène. *Ergothérapie en psychiatrie: de la souffrance psychique à la réadaptation*. 2016

<sup>34</sup> ANFE. *Historique* [en ligne]. 1<sup>er</sup> juin 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.anfe.fr/historique> [Consulté le 20 avril 2019]

précoce de pathologies telles que l'autisme qui augmentent le nombre de personnes en situation de handicap.

## 2. Histoire de la santé mentale

Avant la révolution, il n'y avait pas de médecin psychiatre. Les personnes atteintes de troubles mentaux étaient alors internées de force dans des prisons ou des hôpitaux<sup>35</sup>. Puis à partir de 1795, le psychiatre Philippe Pinel, convaincu par le traitement moral des malades, libère les aliénés de leurs chaînes. En 1838, une loi portant sur les « aliénés » est créée. Elle permet entre autres la création d'un établissement psychiatrique par département. Cependant, peu de traitements sont efficaces à cette époque et ces asiles se transforment petit à petit en prison où règnent une discipline exigeante et une violence envers les malades. Cela est d'ailleurs souligné par le psychiatre français Henri Vermorel dans son livre De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens<sup>36</sup> : « Ce sous-développement s'exprimait aussi dans le nombre très réduit des gardiens [...] certains brutalisent les malades et ont des habitudes alcooliques » mais encore « on crée des pavillons d'agités où ces patients sont placés en cellule comme dans une prison, souvent sur la paille »

Dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, le terme asile fut remplacé par celui d'hôpital psychiatrique, mais ce n'est qu'après 1950 que le terme d'aliéné disparaît. Autour des années 1950-1960, les premiers traitements furent découverts. Ils sont alors suivis par des réformes qui renforcent le traitement et les droits des patients en psychiatrie<sup>37</sup>.

### C. L'ergothérapeute en santé mentale

Comme nous avons pu l'expliquer plus haut, le soin est depuis quelques années plus global et considère la personne dans son ensemble et plus uniquement du point de vue de

---

<sup>35</sup> CNLE. *Historique de la prise en charge des troubles mentaux* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cnle.gouv.fr/historique-de-la-prise-en-charge.html> [Consulté le 20 avril 2019]

<sup>36</sup> VERMOREL, Henri et VERMOREL, Madeleine. *De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens*. 2012

<sup>37</sup> CNLE. *Historique de la prise en charge des troubles mentaux* [en ligne]. Novembre 2009. Disponible à l'adresse : <https://www.cnle.gouv.fr/historique-de-la-prise-en-charge.html> [Consulté le 20 avril 2019]

sa maladie ou de son handicap. Pour justifier son rôle, ses compétences de soignant, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur le référentiel de compétences défini en 2010.

Puis en 2015, le groupe de réflexion en santé mentale<sup>38</sup> (GRESM) est créé. Ce dernier a pour but de mettre en lumière l'importance des ergothérapeutes en santé mentale en expliquant qu'il serait nécessaire d'augmenter les moyens mis à leur disposition et de développer la réalisation d'articles scientifiques permettant d'enrichir leur profession et de valider la dimension scientifique grâce aux résultats obtenus.

## 1. Objectifs

L'ergothérapie, hors santé mentale, s'appuie sur deux types de soins : la rééducation fonctionnelle et la réadaptation. La rééducation qualifie les soins apportés au patient pour soigner au mieux le handicap. La réadaptation aide à apprendre aux patients à vivre avec leur handicap en adaptant leur environnement.

En santé mentale, outre ces termes de rééducation et de réadaptation, d'autres dénominations peuvent être utilisées. En effet, nous pouvons parler de « soins psychiques » pour la rééducation et de « réhabilitation psychosociale » pour la réadaptation<sup>39</sup>. Malgré des termes différents, le rôle de l'ergothérapeute est le même que dans une structure de Soins de Suite et de Réadaptation par exemple, seuls les moyens changent. C'est pour cela que nous avons décidé de parler par la suite de réadaptation et de rééducation.

La rééducation du patient en psychiatrie est composée de plusieurs types d'ateliers. Nous allons ces activités en exposant certains objectifs qui leur sont associés.

## 2. Moyens

Dans un premier temps, nous retrouvons des ateliers polyvalents créatifs. Lors de ces temps, plusieurs patients sont présents dans une même salle. Cependant, chacun réalise une activité individuelle. Le patient peut ainsi découvrir et apprendre une technique, plus ou

---

<sup>38</sup> *Les ergothérapeutes en psy donnent de la voix!* [en ligne]. 22 Décembre 2016. Disponible à l'adresse : <https://www.santementale.fr/actualites/les-ergotherapeutes-en-psy-ont-des-choses-a-dire.html> [Consulté le 8 février 2019]

<sup>39</sup> *CPN. Ergothérapie en santé mentale* [en ligne]. Mars 2018. Disponible à l'adresse : <http://cpn.rmi.fr/-338.html> [Consulté le 8 février 2019]

moins difficile en fonction de l'atelier proposé (exemple : peinture sur soie, vannerie). Cet atelier lui permet de développer l'expression et la connaissance de soi et aide à la projection d'éléments psychiques dans son espace transitionnel<sup>40</sup>. Cependant, comme le dit Muriel Launois sur son site Ergopsy, il faut que cette activité « *ne demande pas trop d'apprentissage technique qui voilerait la dimension projective* ». En effet, si cela nécessite trop d'apprentissage, l'expression libre du patient risquerait alors d'être limitée.

Dans un deuxième temps, on retrouve des activités en groupe qui peuvent être de plusieurs types, comme des jeux de société ou des groupes de parole par exemple. Ces groupes ont un objectif principal comme le mentionne Muriel Launois, ergothérapeute : « *dans les groupes de socio-thérapie (...) la visée thérapeutique est clairement celle de la socialisation* »<sup>41</sup>. D'autres buts vont être recherchés à travers ces ateliers. En fonction des jeux, les patients vont devoir respecter des règles déterminées à l'avance, faire travailler leur capacité de compréhension, d'observation, de réflexion, d'expression... . Cependant, ces objectifs dépendent de la médiation mise en place. Dans ces activités de groupe, seul l'objectif de stimuler leurs habiletés sociales est présent lors de chaque séance.

On peut également trouver des ateliers de vie quotidienne afin de rendre autonome le patient pour simplifier le retour à domicile<sup>42</sup>. Les activités proposées vont être plus proches de la réadaptation. Pour cela, des mises en situations écologiques sont proposées (préparer un repas, faire des courses). Ces activités permettent à l'ergothérapeute d'évaluer les capacités et incapacités du patient.

Des médiations corporelles peuvent être aussi utilisées. Toutefois, elles nécessitent des formations supplémentaires. Elles permettent au patient de « *retrouver un éprouvé corporel plus riche et un sentiment d'existence plus concret* »<sup>43</sup>.

---

<sup>40</sup> LAUNOIS, Muriel. *Activités et médiations - Médiations expressives* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.ergopsy.com/mediations-therapeutiques-a403.html> [Consulté le 20 avril 2019]

<sup>41</sup> LAUNOIS, Muriel. *Cadre thérapeutique - Modalités thérapeutiques - Thérapie de groupe* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.ergopsy.com/therapie-de-groupe-a394.html> [Consulté le 20 avril 2019]

<sup>42</sup> LAUNOIS, Muriel. *Types d'ateliers - Différents ateliers - Atelier de vie quotidienne* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.ergopsy.com/atelier-de-vie-quotidienne-a406.html>. [Consulté le 20 avril 2019].

<sup>43</sup> LAUNOIS, Muriel. *Activités et médiations - Médiations expressives - Médiations expressives* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.ergopsy.com/mediations-therapeutiques-a403.html> [Consulté le 20 avril 2019]

### III. Troubles de l'humeur

Lors d'une journée, notre humeur peut varier en fonction des émotions ressenties. Cependant, nous possédons des stratégies de régulation qui permettent de contrôler ces émotions<sup>44</sup> et ainsi ne pas nous laisser submerger par celles-ci, ce qui nous permet de contrôler notre humeur.

Malgré tout, certaines personnes, rencontrent des difficultés à maîtriser leurs émotions et cela va donc avoir un impact sur leur humeur. Ces obstacles rencontrés sont dus à des mécanismes de défenses inadaptées et vont être facteurs de troubles de l'humeur<sup>45</sup>.

Dans le cadre de ce mémoire, nous allons axer notre travail sur les patients atteints de troubles de l'humeur en phase dépressive. Cela va donc concerner les patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé et les patients présentant un trouble bipolaire lors de leur phase dépressive. C'est pourquoi, par la suite, nous allons évoquer de manière plus succincte les phases maniaques.

#### A. La dépression

##### 1. Histoire de la dépression

Dès l'Antiquité, la dépression était évoquée et définie par Hippocrate sous le nom de « mélancolie ». Cela correspondait à un dysfonctionnement de la bile noire, qui, à l'époque était le fluide associé à la tristesse. Puis, au Moyen-Âge, pour les prêtres, la dépression devient un péché nommé « acédie », et est caractérisée par un manque de motivation et de l'ennui<sup>46</sup>.

Au XIX<sup>e</sup> siècle le mot « spleen », très largement utilisé, dénomme l'ennui et la solitude dans la vie de tous les jours. Il a été popularisé par Baudelaire<sup>47</sup> avec son ouvrage Le

---

<sup>44</sup> LUMINET, Olivier. *Psychologie des émotions: confrontation et évitement*. 2017

<sup>45</sup> CALLAHAN, Stacey et CHABROL, Henri. *Mécanismes de défense et coping*. 2016.

<sup>46</sup> Casagrande, Carla. *Quand la mélancolie était un péché* [en ligne]. Mars 2004. Disponible à l'adresse : <http://medieval.mrugala.net/Religion/Quand%20la%20melancolie%20etait%20un%20peche/Quand%20la%20melancolie%20etait%20un%20peche.htm> [Consulté le 10 décembre 2018]

<sup>47</sup> *Le mot du jour « Spleen »* [en ligne]. 5 janvier 2015. Disponible à l'adresse : <https://cestunjourpour.com/2015/01/05/le-mot-du-jour-spleen/> [Consulté le 11 décembre 2018]

Spleen de Paris ou encore dans Les Fleurs du Mal, œuvre dans laquelle une des parties s'intitule « Spleen et idéal ».

Déjà utilisé durant cette période dans les domaines économique et météorologique, c'est en 1856 que le psychiatre français Louis Delasiauve<sup>48</sup> intègre le terme « dépression » au domaine médical. Il souhaite ainsi traduire un état physique et émotionnel diminué.

Le milieu du XXe siècle a été un tournant pour la dépression puisque de nombreuses découvertes ont eu lieu, notamment la mise en évidence de la sérotonine, neurotransmetteur ayant un rôle dans le mécanisme de la dépression, puis l'utilisation, des premiers antidépresseurs et d'autres traitements (comme les électrochocs et la Thérapie Magnétique Transcranienne). Ce siècle a permis de considérer la dépression comme une maladie et de l'intégrer dans le DSM III, qui est le manuel recensant les différents troubles mentaux.

Aujourd'hui, la dépression est appelée « Le Mal du XXIe siècle », puisque selon l'OMS<sup>49</sup>, 300 millions de personnes dans le monde sont touchées par une dépression et cette maladie est la première cause de morbidité dans le monde.

## 2. Définition de la dépression

La dépression est définie comme une maladie « *caractérisée par des perturbations de l'humeur (tristesse, perte de plaisir).* »<sup>50</sup> La personne touchée a alors une vision pessimiste de ce qui l'entoure mais aussi d'elle-même. Pour qu'une personne soit atteinte de dépression, il faut que les symptômes perdurent durant plus de deux semaines et aient un retentissement sur les activités de la vie quotidienne.

La dépression est une maladie multifactorielle. En effet, l'avènement d'une dépression est causé par une accumulation de facteurs de différents types.

---

<sup>48</sup> *La recherche avance, la dépression aussi* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://controverses.sciences-po.fr/archive/werehouse/depression/histo.html> [Consulté le 8 décembre 2018]

<sup>49</sup> OMS. *Principaux repères sur la dépression* [en ligne]. 22 mars 2018. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression> [Consulté le 8 décembre 2018]

<sup>50</sup> *Comprendre la dépression* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 8 décembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/comprendre-depression>.

La première cause est génétique. Il a été démontré que le gène ApoE4 augmente de 20% le risque d'avoir une dépression et que le gène 5-HTTLPR a également un impact<sup>51</sup>. De plus, si nos parents ont été touchés par cette maladie au cours de leur vie, le risque d'être atteint à notre tour est multiplié par deux à quatre fois. Enfin, d'après l'OMS, les femmes ont deux fois plus de risque d'être atteintes d'une dépression ; cela se déclenche parfois pendant la grossesse, une période à risques avec la survenue d'une dépression spécifique à la femme enceinte, qualifiée de « post-partum ».

Cependant, la cause génétique n'est pas la seule origine qui explique l'apparition d'une dépression. En effet, le facteur psychologique joue également un rôle. En fonction des expériences vécues lors de notre vie, notre inconscient va apporter des mécanismes de défenses. Chez un patient dépressif, ces derniers ne sont pas adaptés et cela devient alors une des causes de son épisode dépressif<sup>52</sup>.

Le dernier facteur concerne l'environnement (familial et professionnel). Selon l'INPES, en 2010<sup>53</sup>, le fait d'habiter seul, d'avoir été victime d'agressions ou encore de consommer régulièrement du tabac augmenterait la probabilité d'être atteint d'une dépression. Qui plus est, des éléments de la vie comme la disparition d'un être cher, un stress trop important, ou la perte de son travail, associés à d'autres symptômes peuvent engendrer une dépression.

### 3. Tableau clinique

La dépression est à bien différencier d'une déprime, d'un petit « coup de mou » ou encore d'une tristesse prononcée. Elle se caractérise par un ralentissement psychomoteur. Pour différencier la dépression d'un de ces syndromes plus bénins et ainsi en faire le diagnostic, les symptômes doivent persister dans le temps et être présents durant au moins deux semaines.

---

<sup>51</sup> Etat-dépressif. Dépression : la mise en cause du gène ApoE [en ligne]. 30 août 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.etat-depressif.com/predisposition-genetique-depression/> [Consulté le 8 décembre 2018]

<sup>52</sup> INPES. *La dépression - En savoir plus pour en sortir*. 2012

<sup>53</sup> *La santé de l'homme - n° 421 - Septembre-Octobre 2012*. p. 43-45

Selon le DSM V<sup>54</sup>, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, une dépression, pour être diagnostiquée, doit rassembler cinq des symptômes suivants avec obligation de la présence d'un des deux premiers symptômes :

- *« Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet ou observée par les autres*
- *Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours*
- *Perte ou gain de poids significatif en absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours*
- *Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours*
- *Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours*
- *Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours*
- *Sentiment de dévalorisation ou de culpabilisation excessive ou inappropriée presque tous les jours*
- *Diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer ou indécision presque tous les jours*
- *Pensées de morts récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider. »*

Associés à ces symptômes, d'autres signes peuvent apparaître et devenir handicapants pour la personne. Ils peuvent être classés en trois catégories : comportemental, physique et psychosocial.

- **Retentissement comportemental**

La personne présentant un épisode dépressif caractérisé peut être atteinte d'anxiété : elle sera donc angoissée et apeurée dans ses activités quotidiennes. Chez le patient dépressif, on retrouve également une aboulie et la présence de ruminations.

- **Symptômes physiques**

Durant une dépression, la personne peut avoir un regard terne. De plus, les douleurs sont fréquentes avec l'apparition de maux de tête, de ventre ou encore de dos. Cela est

---

<sup>54</sup> American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2013

provoqué par la sérotonine qui est un neurotransmetteur commun aux douleurs et à la dépression. Ces sensations douloureuses sont aussi exacerbées par l'intense tristesse causée par celle-ci.

- **Impact psychosocial**

La tristesse agit également sur les sentiments de la personne. En effet, certains patients dépressifs peuvent connaître une anesthésie affective, pouvant même être couplée à une baisse de la libido.

Dans certains cas, la personne ne prendra plus soin de son corps avec une incurie et même parfois une clinophilie. Ces deux points découleront sur une diminution des interactions sociales et l'installation d'un isolement.

## 4. Les traitements

### a) Les traitements médicamenteux

À l'heure actuelle, pour lutter contre les nombreuses dépressions, les psychiatres prescrivent des psychotropes aux patients et plus exactement des antidépresseurs, composés de molécules agissant dans la fente présynaptique. Il en existe plusieurs groupes classés selon leurs propriétés chimiques ou leurs mécanismes d'action. Nous retrouvons les tricycliques, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa), les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) et dernièrement la découverte de l'agomélatine.

Ces antidépresseurs sont choisis par le médecin en fonction du patient (âge, prises de substances), du type de dépression (agitée ou ralentie), mais également des contre-indications du médicament.

Selon le Manuel de Psychiatrie<sup>55</sup>, s'il s'agit du premier épisode dépressif, la durée du traitement médicamenteux dure entre six à neuf mois. Si un deuxième épisode dépressif est détecté, alors le traitement doit être maintenu durant quatre à cinq ans. Un troisième

---

<sup>55</sup> GUELF, Julien-Daniel et ROUILLON, Frédéric. *Manuel de psychiatrie*. 2007

épisode dépressif obligerait alors le patient à prendre son traitement médicamenteux durant le reste de sa vie.

Lorsque le médecin a prescrit le traitement adéquat, il est important d'augmenter petit à petit sa posologie. À la fin du traitement, il sera tout aussi essentiel de le retirer en abaissant les doses progressivement, sans quoi, comme il est précisé dans l'ouvrage La dépression en savoir plus pour en sortir<sup>56</sup>, des effets secondaires risqueraient d'apparaître (cauchemars, nausées, syndrome pseudo-grippal).

Les premiers effets du traitement peuvent être observés deux à trois semaines après sa mise en place. Comme le dit le Manuel de Psychiatrie « *si après 3 ou 4 semaines, le patient ne présente pas le moindre signe de réponse au traitement, la posologie doit, dès lors, être augmentée en fonction de la tolérance du patient. En cas de non-réponse, le traitement peut être changé après 7 semaines. En cas de réponse partielle, la décision d'un changement de thérapeutique sera prise après 8 à 12 semaines de traitement* ». Il est donc important de suivre l'évolution des signes cliniques pour évaluer si oui ou non le traitement est efficace.

Dans certaines dépressions (surtout les troubles bipolaires), les thymorégulateurs qui sont des régulateurs de l'humeur peuvent être utilisés en complément des antidépresseurs.

### **b) Les traitements non médicamenteux**

En parallèle de la prise en charge médicamenteuse, de nombreux traitements non médicamenteux ont vu le jour au fil du temps. Nous allons présenter les principaux.

- **Les thérapies cognitivo comportementales**

Selon le site internet Ergopsy<sup>57</sup>, les thérapies cognitivo-comportementales (= TCC) s'axent sur la modification d'un « *comportement jugé inadapté ou source de difficulté* ». Pour cela, le thérapeute va s'entretenir avec le patient pour identifier avec lui les problèmes qu'il rencontre et qu'il souhaite modifier. Le professionnel met alors en place des activités

---

<sup>56</sup> INPES. *La dépression - En savoir plus pour en sortir*. 2012

<sup>57</sup> LAUNOIS, Muriel. *Du soin psychique - Modèles conceptuels et thérapie en psy - Modèles inter-disciplinaires en psy* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.ergopsy.com/modeles-inter-disciplinaires-en-psy-a362.html> [Consulté le 16 avril 2019]

pour répondre aux objectifs listés précédemment avec le patient. Ces activités vont permettre de développer de nouveaux comportements chez le patient. Pour que cela fonctionne, ce dernier doit avoir confiance en son thérapeute comme l'indique l'Institut Universitaire de santé mentale à Montréal<sup>58</sup> « *Une bonne relation thérapeutique est considérée comme étant essentielle à une psychothérapie d'approche cognitive-comportementale efficace* ».

- Les thérapies psychodynamiques

Les thérapies psychodynamiques (ou psychanalytiques) reposent sur la décomposition de l'esprit du patient en trois espaces bien distincts, évoqués par Sigmund Freud, qui se positionne ainsi en précurseur. Ces trois espaces sont la conscience, l'inconscience et le préconscient. Selon le Manuel de Psychiatrie, « *la maladie psychique est conçue comme la résultante de conflits psychiques inconscients* ». La thérapie psychanalytique a donc pour objectif de mettre fin à ces conflits. À travers des discussions, entrant dans le cadre d'une médiation, le thérapeute doit faire prendre conscience au patient des mécanismes qui se sont mis en place dans sa maladie. Pour cela, il doit amener le patient à s'ouvrir à lui en lui parlant de situations passées qu'il a pu vivre et qui peuvent avoir causées l'apparition de sa dépression.

Les séances réalisées en ergothérapie vont être des médiations ou des activités qui permettront aux patients de s'exprimer et ainsi de projeter leurs idées à l'oral ou à travers un objet.

- Autres moyens non médicamenteux

Outre ces psychothérapies, d'autres méthodes sont utilisées à moindre mesure pour soigner la dépression. Nous retrouvons ainsi la sismothérapie ou électroconvulsivothérapie (ECT)<sup>59</sup>, cela consiste à mettre le patient sous anesthésie puis déclencher une crise d'épilepsie de 30 secondes à 1 minute en envoyant un courant électrique au niveau cérébral.

---

<sup>58</sup> IUSMM. *Thérapie d'approche cognitivo-comportementale* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/therapie-dapproche-cognitivo-comportementale.html#questce> [Consulté le 16 avril 2019]

<sup>59</sup> *État-dépressif*. Dépression - autres traitements biologiques[en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.etat-depressif.com/traitements/autres-traitements-biologiques/> [Consulté le 28 décembre 2018]

Cette méthode est utilisée lors de dépressions sévères résistantes aux traitements médicamenteux.

Pour traiter ces mêmes dépressions sévères, la stimulation du nerf vague peut également être utilisée. Pour cela des électrodes sont appliquées sur le cerveau et des flux électromagnétiques vont être envoyés vers celui-ci.

Lorsque nous rentrons en automne et en hiver, le taux de lumière diminue lors d'une journée, une dépression dite saisonnière peut alors apparaître. La luminothérapie peut donc être utilisée pour traiter cette dépression. Cela consiste à s'exposer trente minutes chaque matin aux rayons d'une lampe éclairant 10 000 lux. Cette technique peut s'utiliser en complément du traitement médicamenteux dans les dépressions non saisonnières.

Dans l'ouvrage *La dépression 100 questions / réponses*<sup>60</sup>, on nous indique que le millepertuis peut traiter les dépressions légères. Cette plante est très vendue et utilisée en Allemagne et aux États-Unis. Cependant, en France, l'ASNM met en garde sur les probables effets secondaires qu'elle peut causer (sécheresse buccale, céphalées, sueurs).

Le dernier traitement non médicamenteux découvert ces dernières années propose la consommation d'aliments riches en oméga 3. En effet, le cerveau contient une forte teneur en acide gras oméga 3 de type ADH, teneur plus faible chez les personnes atteintes de dépression. Cependant, les études réalisées sont très hétérogènes, il est donc difficile de porter une conclusion sur le réel impact que pourraient apporter les oméga 3.

## **B. Le trouble bipolaire**

### **1. Définition**

Avant 1980, les termes « d'état maniaco-dépressif » ou « folie circulaire » étaient utilisés pour définir les troubles bipolaires. C'est lors de l'édition du DSM III que les auteurs décidèrent de lui donner ce nom. Cette pathologie est définie par une alternance de phases maniaques et de phases dépressives.

---

<sup>60</sup> BINDLER, Louis et MOUCHABAC, Stéphane. *100 Questions Réponses Sur la Dépression*. 6 septembre 2011

La majorité des troubles bipolaires proviennent d'une surproduction de sérotonine. Une étude japonaise conduite par Tomoaki M.Kato a permis de constater que la mutation du gène Ant1 pouvait avoir un rôle dans les troubles bipolaires<sup>61</sup>. Pour aller plus loin, le gène Ant1 code la protéine PTP, favorisant la régulation du calcium dans les cellules productrices de sérotonine. La concentration du calcium contrôle la sécrétion de sérotonine. C'est pourquoi, lorsque ce gène Ant1 est muté, la protéine est déficiente pour retenir le calcium dans les mitochondries et donc ce calcium va se diffuser dans l'ensemble de la cellule. Ceci va provoquer une grosse production de sérotonine et l'apparition d'un état de surexcitation.

## 2. Tableau clinique

Dans les troubles bipolaires, les phases dépressives regrouperont les mêmes symptômes qu'un trouble unipolaire tel que la dépression que l'on a pu voir précédemment. Ce sont donc leurs phases maniaques qui les différencient d'une dépression. Selon le DSM V<sup>62</sup>, pour parler d'épisode maniaque il faut retrouver trois des symptômes ci-dessous :

- *« Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.*
- *Réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).*
- *Plus grande communicabilité que l'habitude ou le désir de parler constamment.*
- *Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.*
- *Distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).*
- *Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.*
- *Engagement excessif dans les activités agréables, mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans*

---

<sup>61</sup> HEITZ, Claire. *Troubles bipolaires : la piste des mitochondries* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/maladie-mentale/troubles-bipolaires-la-piste-des-mitochondries-14020.php> [Consulté le 3 février 2019]

<sup>62</sup> Association Américaine de psychiatrie. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* [en ligne]. Disponible à l'adresse : [https://books.google.fr/books/about/DSM\\_5\\_Manuel\\_diagnostique\\_et\\_statistique.html?id=jQIwCgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.fr/books/about/DSM_5_Manuel_diagnostique_et_statistique.html?id=jQIwCgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) [Consulté le 11 mars 2019]

*retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).* »

Outre ces symptômes, nous en retrouvons d'autres, caractéristiques de cette phase maniaque<sup>63</sup>.

Lors de cette phase, la personne va avoir un style vestimentaire colorée et fantaisiste. Elle sera aussi atteinte de logorrhée et cela la poussera à s'exprimer sur n'importe quel sujet, sans retenue, et à faire beaucoup de jeux de mots et de plaisanteries. Malgré ces nombreuses boutades lors de ses discours, la personne peut être atteinte de labilité émotionnelle. En effet, elle peut passer du rire aux larmes très rapidement.

De plus, malgré une faim et une soif intense, nous pourrions observer un amaigrissement, causé par l'hyperactivité du malade. On apercevra aussi un enthousiasme permanent ainsi qu'une désinhibition dans les relations, professionnelles ou privées du patient. Enfin, on peut retrouver une hyperesthésie, c'est-à-dire que la personne perçoit avec plus d'acuité les odeurs, les goûts, les sensations.

Pour finir, associée au besoin de sommeil moins important, la sensation de fatigue diminue chez le patient.

### **3. Traitement**

Pour soigner ce trouble, les thymorégulateurs, qui sont des régulateurs de l'humeur, sont utilisés. Parmi ces thymorégulateurs nous retrouvons le lithium, les antiépileptiques et également les antipsychotiques<sup>64</sup>. Cependant, ce traitement est ce que nous appelons un traitement de fond puisque ses effets peuvent être évalués seulement six mois après sa prescription.

Dans le cas de ces troubles bipolaires, il est fortement déconseillé de prescrire un antidépresseur seul. Ce traitement pourrait accentuer les phases maniaques et augmenter le risque de suicide chez la personne.

---

<sup>63</sup> Troubles-bipolaires. *Nature des troubles bipolaires*[en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.troubles-bipolaires.com/maladie-bipolaire/nature-des-troubles-bipolaires/> [Consulté le 3 mai 2019]

<sup>64</sup> Troubles-bipolaires. *Prise en charge du patient - Traitements médicamenteux*. Dans : [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.troubles-bipolaires.com/prise-en-charge-du-patient/traitements-medicamenteux/> [Consulté le 5 mars 2019]

Outre ces traitements médicamenteux, les psychothérapies vues ci-dessus sont également utilisées avec les patients souffrant de troubles bipolaires. On retrouve aussi l'usage de la sismothérapie pour soigner les troubles bipolaires.

## **Elaboration de la problématique et des hypothèses**

À travers ces recherches, nous avons pu mettre en lumière la notion de psychocorporalité dont la rigologie fait partie.

Nous avons également montré quel est le rôle de l'ergothérapeute en santé mentale, en expliquant les différentes activités qu'il peut mettre en place.

Puis, nous avons détaillé les différents troubles de l'humeur, leurs symptômes et leurs traitements.

À l'aide de ces apports théoriques et des différents éléments que cela nous a fournis, nous pouvons formuler la question de recherche suivante :

Quels sont les atouts de la rigologie dans la prise en soin ergothérapeutique de patients atteints de troubles de l'humeur ?

En réponse à notre problématique, nous avons formulé plusieurs hypothèses que nous chercherons à infirmer ou valider :

- La rigologie est une activité thérapeutique innovante et ludique permettant une flexibilité dans la prise en soin de patients atteints de troubles de l'humeur.
- L'apport de l'ergothérapeute dans la rigologie, permet d'en faire une médiation adaptée à la prise en soin de patients atteints de troubles de l'humeur.

## **Partie exploratoire**

### **IV. La méthodologie de recherche**

#### **A. Choix de l'outil de recherche**

Lors de cette recherche, nous avons décidé de mettre en place un entretien semi-directif qui, par définition, nous permet d'obtenir des données qualitatives. Grâce à ce type

d'entretien, nous avons eu des réponses à nos questions tout en laissant une marge de liberté permettant au professionnel interrogé de développer à souhait ses réponses. En effet la rigologie n'étant que peu connue, il nous semblait important de laisser la parole aux professionnels afin d'avoir un retour suffisamment enrichi.

## **B. Choix de la population interrogée**

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons décidé d'interroger trois ergothérapeutes diplômés d'état, travaillant ou ayant travaillé en santé mentale. Deux d'entre eux ont été rencontrés lors d'un stage et nous avons été orientés vers le dernier par une professeure de l'école. Ces ergothérapeutes avaient comme pré requis d'utiliser ou d'avoir utilisé la rigologie comme médiation dans leur pratique, pour rentrer dans notre échantillon.

Afin d'élargir nos entretiens, nous avons contacté par mail Julien Peschot, directeur de l'école Internationale du rire, pour qu'il puisse nous mettre en contact avec les ergothérapeutes rigologues en Santé Mentale. Cependant sa réponse nous tourna vers une ergothérapeute faisant déjà partie de notre échantillon.

De plus, nous avons contacté deux groupes spécifiques sur les réseaux sociaux, réservés aux ergothérapeutes travaillant en santé mentale (France et Belgique). Malgré cela nous n'avons pas eu de réponse pertinente concernant la pratique de la rigologie.

L'âge et le sexe ne représentait pas un critère d'exclusion. La difficulté principale a été le nombre d'ergothérapeutes à interroger puisque la rigologie est une activité encore très peu répandue dans la profession.

Nous avons contacté ces professionnels par téléphone afin de se mettre d'accord sur une date, une heure et un lieu de rendez-vous. Nous avons précisé la question de recherche du mémoire ainsi que la durée de l'entretien (une heure maximum en fonction des réponses plus ou moins développées du professionnel). Ces trois entretiens ont été réalisés dans une salle calme sans distraction, favorable à l'échange.

Pour effectuer ces échanges, nous avons privilégié de rencontrer directement les professionnels. Cela facilitait la discussion et nous permettait de saisir toutes les

informations qu'elles soient verbales ou non, comme l'attitude corporelle de la personne, un élément que nous ne pouvons pas voir lors d'un entretien téléphonique.

Enfin, lors de notre rencontre nous avons précisé que l'entretien serait anonyme, ainsi que toutes les personnes et institutions citées dans celui-ci. Nous avons aussi demandé l'accord du professionnel pour que l'entretien soit enregistré afin d'éviter les erreurs lors de notre prise de note et faciliter la discussion.

## V. L'analyse des entretiens

Après avoir retranscrit ces trois entretiens, nous avons pu les étudier pour, dans un premier temps, réaliser une analyse longitudinale abordant indépendamment les notions exprimées par chaque professionnel, et, dans un second temps, effectuer une analyse transversale permettant d'associer les idées des différents thérapeutes.

### A. Analyse longitudinale

#### 1. Entretien Mme. A.

Mme. A. a découvert la rigologie en 2013 lorsqu'elle est « *tombée sur des articles qui parlaient des bienfaits du rire sur la santé* ». Ces derniers n'étant pas des écrits scientifiques elle décida de faire des recherches approfondies, suite à quoi elle fit la découverte du site de l'Ecole Internationale du rire de Corine Cosseron et Julien Peschot qu'elle contacta. Puis, elle put « *bénéficier d'une formation financée* » par l'établissement dans lequel elle travaillait.

Concernant la mise en place de la rigologie, elle nous explique que cela s'est fait au sein d'un CATTP grâce au « *soutien médical d'un médecin* ». Les séances sont hebdomadaires et durent « *entre 1h15 et 1h30* ». Selon elle, il existe quelques réticences de la part d'autres professionnels puisqu'associer rire et dépression peut paraître étrange pour certains mais elle estime que « *justement si tu veux vaincre la dépression et que l'on pleure tous ensemble on va bien rester au fond* ». Pour les professionnels réfractaires, elle les invite à participer à cette activité et « *ils se rendent compte qu'en faite ce n'est pas facile d'animer une séance, ils se passent pleins de choses* » dit-elle. Lors de ces séances, Mme A ne crée pas de groupe fermé afin de les compléter comme elle le souhaite. Elle reçoit essentiellement des

personnes avec des traits dépressifs mais « *pas forcément le diagnostic dépression* » et n'a « *pas pris en charge les psychotiques même stabilisés* ». Cependant, les groupes sont hétérogènes puisque les patients « *ne sont pas tous au même stade de la maladie* ».

En ce qui concerne l'aspect thérapeutique de la rigologie, Mme A nous explique que cette médiation est inscrite sur les prescriptions médicales comme les autres activités ergothérapeutiques. De plus, « *les règles sont bien définies à l'avance pour tout le monde* », ce qui permet d'installer un cadre thérapeutique. Les séances « *sont structurées toujours de la même manière* » afin que les patients aient « *des repères temporeux, spatiaux* ». Elles « *sont préparées à l'avance* » par deux professionnels puisque, d'après elle, « *comme tout séance de groupe c'est mieux d'être deux* ». Le binôme « *prépare la séance [...] l'anime [...] et la débrief* ». La préparation des séances permet de choisir les exercices qui vont être réalisés et elle juge bon de les varier pour atteindre différents objectifs. Cette diversification permet à chaque patient d'avoir plus ou moins de facilités lors des temps d'activités puisqu' « *ils ne sont pas tous à l'aise dans les mêmes exercices ou ne sont pas en difficultés dans les mêmes exercices* ». Puis les débriefings permettent pour elle de faire un retour sur la séance, c'est à ce moment « *qu'on analyse les exercices qu'on a proposé, [...] on réajuste sa pratique* » et cela fait évoluer « *sa manière d'animer par le retour du collègue* ». Selon Mme A, les patients doivent « *accepter qu'ils sont malades et qu'ils ont besoin d'aide* » pour qu'ils soient acteurs de leur rééducation. En fonction des différents objectifs visés dans les exercices, ils vont être « *face à leurs limites et à leurs capacités* ». Cette confrontation leur permet « *de prioriser un peu les choses* » et de comprendre qu'ils ne peuvent pas tout réussir, cela permet de dédramatiser. Ensuite, elle explique que chaque exercice a un objectif différent et apporte des bienfaits pour les personnes en phase dépressive. Selon l'ergothérapeute, c'est une activité dynamique qui permet de contre balancer la perte d'élan vital des patients. De plus, des exercices d'estime de soi permettent de valoriser le patient. Elle propose « *des exercices qui recentrent sur l'instant présent* » pour diminuer les ruminations des participants. Certains dépressifs peuvent être anxieux. Pour cette raison, des exercices de respiration et de yoga du rire sont utilisés dans le but d'avoir « *un rôle relaxant et antalgique* ». Concernant les différences par rapport à d'autres activités de groupe, elle explique que « *la relation à l'autre n'est pas au niveau de la conversation mais au niveau corporel, du toucher, de la confiance qu'on donne à l'autre* ». De plus, dans cette activité, tout le monde participe, y

compris le thérapeute, elle estime que « *ça désacralise un peu (...) le référent, l'ergothérapeute* ». Elle ajoute que sa participation « *donne le droit à l'erreur parce que nous aussi on se trompe* » et cela permet de ressentir ce que ressentent les patients. Dernier point, c'est la complémentarité de cette activité avec le traitement médicamenteux qui est mise en avant. En effet, avec la simple prise du traitement les patients « *ne sauront toujours pas ce qu'ils sont capables de faire* » et la seule participation à des séances de rigologie ne sera pas suffisante puisque « *ça ne sera pas assez accessible pour accéder aux exercices* ». Mme A conclut en rappelant que « *des études ont montré que le traitement potentialise les effets de la rigologie sur l'état.* »

Concernant l'apport de l'ergothérapeute dans cette activité, Mme A explique qu'on est dans « *une culture d'expérimentation où on les accompagne dans une expérience donc ça c'est très ergothérapeutique* ». Avec son œil de soignante, l'ergothérapeute trouve à travers cette médiation le moyen d'observer le patient et ainsi « *d'évaluer son état* ». Malgré son rôle d'animatrice, elle « *va toujours être en lien avec les objectifs qui seront fixés avant* » et ne pas perdre de vue l'aspect thérapeutique de l'activité. Ainsi, pour elle, « *c'est très important d'être empathique, de ne pas minimiser ni banaliser ce qu'ils ressentent* » lors de la séance. Malgré le côté ludique qui, pour elle, « *permet de faire baisser les résistances (...) permet de travailler sans s'en rendre compte* » l'activité a une visée thérapeutique puisqu'elle évalue la séance à l'aide d'un exercice réalisé en début et fin de séance et grâce aux observations qu'elle a pu faire. Elle s'appuie également sur « *les retours que les patients font des séances aux équipes où aux autres patients* ». Enfin, pour enrichir son évaluation, Mme A « *évalue un peu la manière dont ils reçoivent l'humour* » et estime qu'être « *accessible à l'humour (...) est un signe que le patient gagne en dimension de pouvoir accéder à une autre perception des choses* ». Cette petite évaluation lui permet d'avoir une idée de l'humeur du patient. Mme. A. juge que l'activité est accessible à l'ensemble des ergothérapeutes qu'il n'y a pas de pré requis et que la formation est orientée sur la base du volontariat. Selon l'ergothérapeute, plusieurs compétences apprises lors de notre formation sont mises à profit de la rigologie. Nos cours théoriques portant sur « *la connaissance des pathologies* » ainsi que « *la connaissance des traitements* » sont indispensables afin d'identifier les symptômes pathologiques ou non. Suite à cela, nous retrouvons la « *connaissance de l'activité* » apprise lors de travaux dirigés qui permettent d'adapter

l'activité en fonction des capacités et incapacités de chacun. Le dernier point concerne nos connaissances au niveau de l'autonomie de la personne et pour Mme. A. « *c'est bien quand même d'avoir en tête une grille de toutes les compétences qui sont mises en jeu en terme d'autonomie* ».

Pour finir, elle estime intéressant d'avoir des cours de rigologie en école d'ergothérapie puisque cela permettrait de « *chercher un peu dans différents domaines* » et « *nous montrer qu'on peut tout faire* » en ergothérapie. Cependant, pour comprendre les objectifs de la rigologie, « *il faut quand même avoir un peu de recul sur l'activité pour arriver à prendre un peu de hauteur sur la séance* » ; c'est pourquoi, elle trouverait cohérent d'avoir des cours en « *fin de deuxième année* ».

**Ce que nous retenons :** Mme. A. explique que la mise en place de la rigologie lui a été facilitée par le soutien d'un médecin. Malgré cela, elle a été confrontée à des professionnels réticents. Elle estime que la rigologie est une activité thérapeutique délivrée sous prescription médicale complémentaire à d'autres activités et aux traitements médicamenteux. Elle ajoute que la participation du thérapeute permet une meilleure adhésion du patient. Enfin elle mentionne que l'ergothérapeute, à travers les cours théoriques et pratiques qu'il a reçus à l'institut peut utiliser la rigologie comme médiation à condition d'avoir reçu la formation. Des cours lors de notre scolarité lui semblent aussi être intéressants.

## 2. Entretien Mme. B.

Après un parcours universitaire varié avec « *une formation à la base d'enseignant activités physiques adaptées* » puis un diplôme d'ergothérapeute, Mme B souhaitait développer sa pratique. Elle cherchait une activité nouvelle « *dans la prise en charge au niveau du corps* » et elle a ainsi découvert « *qu'on pouvait travailler le corps à travers le ludisme* ». Après s'être renseignée auprès d'une collègue ergothérapeute ayant elle-même suivie une formation de ce type, elle est allée se former pendant trois jours. Puis elle a participé à une nouvelle formation non thérapeutique « *sur les jeux psychocorporels* », financée par son employeur. Par la suite, elle est intervenue durant un an dans un autre

établissement pour se former au côté d'une collègue ergothérapeute ayant reçu la certification de rigologue.

La mise en place de cette nouvelle activité est, selon elles dû à son « *état d'esprit* » ; Elle est « *beaucoup plus dans le corporel, le dynamique* ». Elle estime qu'avec ces jeux psychocorporels et donc la rigologie il faut « *avoir une forme de dynamisme et d'énergie* » qui lui correspond. Elle exprime aussi le fait qu'elle utilise « *tout ce qui est humour* » dans sa manière de travailler avec les patients, ce qui l'aide à créer des « *relations de confiance* ». Cela permet ainsi « *d'obtenir des choses avec les patients* ». L'apport de la rigologie en santé mentale amène quelque chose « *de léger (...) dans quelque chose de très lourd* ». Mme B exprime qu'elle propose la rigologie « *une fois par mois* » lors « *de grosses séances* » regroupant « *entre 15 et 20 personnes* » durant deux heures. Pour ce qui est de la population qu'elle accueille lors de ses séances, elle est très variée. En effet, lors de cet atelier, elle ne fait « *pas de jeux qui requièrent des capacités physiques parce que sinon, là, on fait de la discrimination* ». Le seul critère d'exclusion que l'on retrouve c'est « *des personnes qui ne comprennent pas, ne sont pas capables de pouvoir enregistrer quelconques consignes* ». Cependant, pour Mme. B., « *la pathologie n'a aucun impact* » et elle fait bien la différence entre des patients en hospitalisation complète « *où les patients sont décompensés* » et en ambulatoire, où elle travaille, « *où les personnes sont stabilisées et ça change complètement.* » Ensuite, elle évoque la compréhension et la réaction de l'équipe, suite à la mise en place de cette nouvelle activité. Cela a été facile puisque dans son établissement il n'y a pas de doute et ils ont « *confiance* » et laissent « *carte blanche par rapport à [leurs] ateliers* ». Elle rajoute que le fait d'être dans une prise en charge ambulatoire permet plus de liberté et une diversité dans les activités avec « *du sport, du chant, de l'écriture* ».

Sur le thème de la rigologie en tant qu'activité thérapeutique, elle appuie sur un point important en estimant qu'elle manque d'heures pour pouvoir en faire plus, tout en gardant « *de la compétence* » dans ce qu'elle fait. Cependant, elle utilise les jeux psychocorporels dans « *d'autres ateliers* ». Pour elle, durant la rigologie « *les gens se révèlent (...) les gens se libèrent* ». Cela est simplifié par le fait « *d'avoir vécu cette expérience ensemble* ». La participation du thérapeute est donc importante puisqu'il va « *avoir un aspect ridicule comme eux* ». Grâce à cet atelier, elle estime qu'il y a « *des barrières qui ont*

*sauté et la relation de soin en est complètement métamorphosée* ». Suite à cette exposition, la confiance du patient vis-à-vis du thérapeute augmente et cela met à plat le côté hiérarchique entre patient et soignant. Cette confiance lui permet d'« *intervenir sur des sujets assez sensibles* ». Plusieurs fois elle rapporte l'importance du « *lien qui est créé* » mais qu'il y a « *plein de choses qui rentrent en corrélation, il y a aussi le traitement* ». De plus, avec les personnes atteintes de troubles de l'humeur, cela permet, entre autres, de « *travailler sur un regard positif sur la vie* » et finit par dire « *qu'en psychiatrie on n'est pas sur quelque chose de très formalisé, avec des protocoles, du coup ça prend du temps et réussir à emmener une personne vers un mieux être déjà c'est une énorme victoire* ».

Concernant l'apport d'un ergothérapeute dans cette activité, Mme. B. explique que « *nous avons une vision thérapeutique* » des choses. Selon elle, « *différents professionnels pourraient l'utiliser mais ce n'est jamais de la même façon* ». Elle ajoute qu'il est important « *de les amener vers quelque chose tout en ayant une lignée thérapeutique* » mais qu'il ne faut pas l'utiliser en tant qu'activité occupationnelle puisqu'en tant « *qu'ergothérapeute ça ne devrait pas être une façon de travailler* ». Selon elle, « *il faut avoir la fibre* » pour animer la rigologie. Cela demande d'« *insuffler de l'énergie* » et que si « *on reste quelqu'un d'un petit peu introverti on va aller demander aux gens de lâcher prise sans lâcher prise soi-même ce n'est pas possible* ». Enfin, elle conclut par dire qu'il serait cohérent d'avoir des cours de rigologie à l'IFE puisque, pour elle, l'enseignement est diversifié, mais trop porté sur le manuel. Elle estime qu'introduire la rigologie ne ferait qu'enrichir notre pratique.

**Ce que nous retenons :** Mme. B. explique qu'elle a voulu mettre en place cette nouvelle activité de par son aspect ludique et corporel. Elle a pu le faire sans avoir aucun apriori dans l'établissement. Elle mentionne que la rigologie lui permet d'intensifier la relation de confiance avec le patient grâce à la participation du thérapeute. À cela, elle ajoute que cette confiance accrue permet au thérapeute d'aborder des thèmes plus délicats avec le patient. Mme. B. détermine que la rigologie ne correspond pas à tous les ergothérapeutes mais qu'il serait intéressant d'introduire cette pratique lors de notre scolarité pour enrichir nos connaissances.

### 3. Entretien M. C.

Lors de son embauche, M. C. a eu la possibilité de suivre une formation de six jours sur les jeux psychocorporels dispensée par le directeur de l'École Nationale du rire. Cette formation lui a permis d'apprendre « *les jeux, la mise en place d'un groupe de jeu, l'articulation d'une séance, la progression des jeux proposés* » ainsi qu'une phase d'expérimentation de ces jeux.

Concernant le choix d'utiliser cette activité, M. C. explique qu'il a trouvé à travers la rigologie une « *médiation complémentaire* », une activité nouvelle par rapport à ce qui était utilisé. Il a co-animé durant un an et demi avec une collègue ayant suivi la formation de rigologue. Il est maintenant animateur depuis un an et demi. De plus, il a été intéressé par « *l'aspect dérivatif* ». Pour lui « *c'est une activité qui se comprend beaucoup plus facilement pour les patients, qui est beaucoup plus accessible* ». Cette médiation fait appel à différentes pratiques ce qui offre à M. C. un grand choix de possibilités dans la conception de ses deux séances hebdomadaires et permet à l'activité d'être accessible à un maximum de personnes. Grâce à cette flexibilité, « *on peut plus facilement l'enrichir personnellement qu'un protocole de TCC qui est un petit peu encadrant.* » Dernier point, qui est plus personnel que professionnel, il préfère cette thérapie à d'autres types de médiations « *plus dirigistes* ». Lors de la mise en place de cette nouvelle activité, M. C. a évoqué trois contraintes : « *l'institution de manière générale, les patients et puis soi-même* ». Il explique que l'activité, doit être présentée aux professionnels de santé et aux patients car cela est nouveau. Il ajoute qu'il faut la faire « *expérimenter aux autres professionnels qu'ils comprennent l'expérience que vont vivre les patients* » mais également détailler les objectifs thérapeutiques associés à cette pratique. De plus, « *le bénéfice est plus subjectif (...) moins mesurable directement en tout cas objectivement car ça va impacter plusieurs choses* ». Cela explique les possibles interrogations des professionnels de santé. La dernière contrainte annoncée par M. C. concerne le plan personnel. Il estime que c'est une activité qui demande du temps et le thérapeute doit mobiliser un maximum de ressources puisqu'elle exige « *beaucoup d'efforts, de remises en question au fur (...) et ça demande une fine observation* ». Enfin M. C. explique que « *90% des patients* » qui lui sont adressés « *souffrent de troubles de l'humeur, une perte de confiance en eux, dévalorisation etc...* ». Selon lui, la

présence d'un patient très psychotique dans un groupe de personnes dépressives risquerait de poser un déséquilibre dans le groupe qui « *demande une adaptation de la séance* » mais ce n'est pas un critère d'exclusion. Pour lui, il existe deux types de patients pour lesquels ces séances sont contre-indiquées : les « *personnes en phase maniaque* », chez qui il est possible de « *réactiver une augmentation de l'humeur* » et les « *personnes avec troubles du comportement ou de personnalités individualistes (...) les personnes avec des troubles psychopathiques qui auront une conscience de l'autre moindre et un relationnel parfois plutôt de l'ordre de la domination* » qui pourraient mettre en difficulté les personnes psychotiques. Malgré tout, il indique que le groupe peut être hétérogène en ce qui concerne les diversités culturelle, intellectuelle, générationnelle ou « *de niveau physique différent* ». Cela ne pose aucun problème à partir du moment où le groupe est constitué de patients atteints de troubles de l'humeur. Cette diversité permet « *d'enrichir les séances* ».

Concernant la place de l'activité en tant qu'activité thérapeutique, l'ergothérapeute explique que les patients sont contraints à une prescription médicale. La rigologie a des ressources différentes par rapport à d'autres ateliers. En effet, il explique que « *c'est l'activité peut-être la plus difficile d'accès pour les patients dépressifs parce que c'est une activité qui demande beaucoup plus, tant sur un plan d'affirmation, que de confiance en soi et de confiance en l'autre* ». Selon cet ergothérapeute, cela demande aux patients « *de parler devant les autres, de réaliser différents jeux avec les autres* » et sollicite chez eux des capacités que l'on ne retrouve pas dans un atelier créatif. Elle « *permet aussi de solliciter les bénéfices qu'ils ont acquis pendant les autres activités pour les mettre en pratique dans une activité à la fois physique et spontanée* ». La rigologie est donc plus engageante que d'autres ateliers. Toutefois « *il n'y a jamais d'échec* » et « *la personne réussit l'exercice à partir du moment où elle commence à le faire* ». La réalisation de chaque participant va être différente.

Pour ce qui concerne l'apport de l'ergothérapeute dans cette activité, M. C. explique que tout ergothérapeute pourrait l'animer puisqu'en santé mentale « *il est là pour animer des groupes de patients* » Cependant, le suivi d'une formation et l'expérimentation de la rigologie sont deux pré requis. Il ajoute que l'ergothérapeute a « *les capacités d'animation* » qui comprennent la faculté d'observation, la connaissance des symptômes. À cela M. C. ajoute que l'ergothérapeute est l'expert de l'activité grâce aux travaux pratiques d'analyse

d'activités reçus durant sa formation. De plus, il explique qu'en tant que soignant « *on est plus sensible à certains signes cliniques* » grâce aux connaissances apprises lors de nos cours théoriques et lors de nos stages. Enfin il estime qu'en tant qu'ergothérapeute « *on a expérimenté les différents handicaps (...) lors des travaux dirigés* », ce qui permet de nous adapter à chaque personne malgré son handicap et faire de la rigologie une activité très accessible. M. C. précise que « *c'est accessible à tout le monde : soignants ou non soignants. Ce n'est pas une question de catégorie professionnelle, c'est aussi une question de personnalité* », il faut donc avoir un intérêt pour cette activité. Pour finir, il trouve cela intéressant et cohérent d'apporter une initiation à la rigologie à l'IFE « *pour montrer une pratique nouvelle* » et expérimenter l'animation de grand groupe qui « *nécessite d'autres ressources (...)* » .

**Ce que nous retenons** : M. C. précise qu'il a intégré la rigologie dans sa pratique pour son aspect adaptatif aux patients. Cependant, il a du faire face à des difficultés lors de sa mise en place avec des aprioris de la part des patients et des autres professionnels. Il explique que l'activité est pratiquée sous prescription médicale d'où son aspect thérapeutique. Il développe qu'elle est complémentaire à d'autres activités puisqu'elle est plus spontanée et engageante. Il ajoute qu'aucun niveau de réalisation n'est demandé. Selon lui, les ergothérapeutes sont experts dans l'activité et ont donc leur place dans cet atelier. Il pense que l'apport de rigologie lors de notre formation permettrait d'expérimenter une nouvelle pratique et d'animer une activité de groupe conséquent.

## **B. Analyse transversale**

### **1. La mise en place de la rigologie**

#### ***a) Leurs motivations***

Concernant les motivations de chacun, Mme. A. et Mme. B. recherchaient une nouvelle activité permettant d'enrichir leurs pratiques. De plus Mme. B. cherchait une pratique dynamique, corporelle et ludique qui était différente des activités présentes en santé mentale. Sur ce point, M. C. la rejoint et précise l'aspect dérivatif de la rigologie et son accessibilité à un maximum de personnes

### **b) Les contraintes rencontrées**

Deux thérapeutes sur trois soulignent les réticences des autres professionnels lors de la mise en place de cette pratique. Ils expliquent alors le besoin de les faire expérimenter pour qu'ils ressentent ce que le patient lui-même pourra ressentir. Un de ces deux ergothérapeutes explique également les difficultés rencontrées face aux patients qui ont aussi besoins d'explication. Pour la dernière ergothérapeute, la mise en place n'a pas engendré de doutes de la part de l'institution.

### **c) La population choisie**

Lors des séances, chaque thérapeute a travaillé avec une population différente. Pour Mme. A., son groupe était constitué de patients atteints de troubles de l'humeur. M. C. a animé avec le même type de personnes. Cependant, il explique que c'est « *une contrainte institutionnelle* » puisque ce sont les médecins qui lui adressent une grande majorité de patients atteints de troubles de l'humeur. Il ajoute que les séances sont accessibles à « *des personnes d'âges différents, de cultures différentes, de niveau d'éducation, de scolarité différentes.* »

Quant à Mme. B. la rigologie est accessible et accueille des patients avec différentes pathologies (troubles de l'humeur, psychotiques). Elle explique cela par le fait qu'elle travaille en ambulatoire « *où les personnes sont stabilisées* » contrairement aux deux autres professionnels interrogés.

## **2. La rigologie comme activité thérapeutique à part entière**

### **a) Les déterminants caractérisant l'aspect thérapeutique**

Mme. A. et M. C. expliquent qu'il est indispensable que la rigologie se fasse « *sous prescription médicale* » rentrant ainsi dans la prise en soin du patient. Pour les trois thérapeutes, la rigologie demande un temps de préparation durant lequel les exercices de la séance sont choisis en fonction des objectifs thérapeutiques recherchés pour le patient.

Malgré cet aspect ludique, Mme. A. et M. C. évoquent le cadre thérapeutique qui doit être posé lors des séances de rigologie.

**b) Une activité séquencée**

Deux ergothérapeutes interrogés séquencent en trois temps la séance. Elle est constituée d'un temps de préparation durant lequel le professionnel va sélectionner ses exercices en fonction des objectifs de chacun, un temps d'animation où il va falloir « dynamiser son groupe, (...) observer en temps réel ce qui se passe dans le groupe ». Selon M. C. le dernier temps est un « débriefing » durant lequel « on réajuste sa pratique mais on réajuste aussi sa manière d'animer par le retour du collègue ». D'après Mme. A., les séances vont demander énormément de temps au professionnel mais aussi beaucoup « de remises en question au fur et à mesure des séances » pour proposer une médiation de bonne qualité.

Enfin, selon cette même Madame A, la rigologie doit se préparer, s'animer et être analysée à deux. Elle va donc mobiliser deux thérapeutes.

**c) La complémentarité avec d'autres activités**

Selon Mme A., la rigologie permet d'avoir une approche centrée sur le corps du patient. Contrairement à d'autres activités, telles que des groupes de conversation, des ateliers de jeux de société ou des ateliers créatifs, « la relation à l'autre n'est pas au niveau de la conversation mais au niveau corporel ». Pour M. C., la rigologie est une activité « difficile d'accès » puisqu'elle nécessite beaucoup d'énergie. Il ajoute que la rigologie permet d'atteindre différents objectifs en une seule séance et au cours de celle-ci, le patient n'a pas le temps d'anticiper ou de préparer ce qu'il va réaliser. Enfin, il estime que les bénéfices des autres activités sont sollicités pour être mis en pratique dans une activité plus spontanée.

Mme. A. et M. C. développent le fait que l'activité ne demande pas de technique particulière et qu'ils n'attendent aucun résultat ou réalisation précis de la part des patients. Ils estiment que lors de cette activité, les patients sont accompagnés à réaliser une expérience dans laquelle chacun d'entre eux aura une réalisation différente, à partir du moment où ils commencent à faire l'exercice, c'est une réussite.

Pour finir, deux ergothérapeutes interrogés expliquent que la rigologie doit être associée au traitement médicamenteux et que « *des études ont montré que le traitement potentialise les effets de la rigologie sur l'état* » selon Mme. A. Les effets observés lors des séances et par la suite, sont l'association de la rigologie et du traitement médicamenteux.

#### **d) La participation du thérapeute**

Lors de cette activité, Mme. A. considère que la participation du thérapeute « *désacralise (...) le référent, l'ergothérapeute* ». Elle continue en précisant qu'en participant à l'activité avec eux, cela nous permet de gagner « *en légitimité* » puisqu'en faisant les exercices, on sait ce que les patients ressentent. Mme. B. va encore plus loin puisqu'elle estime que vivre l'expérience avec les patients transforme la relation de soin. Pour elle, il y a « *une relation de confiance qui était au départ présente et qui s'est renforcée* ». Cela lui permet d'« *intervenir sur des sujets assez sensibles (...) avec une facilité assez incroyable* ».

### **3. L'apport de l'ergothérapeute**

#### **a) Les pré-requis à l'animation**

Deux ergothérapeutes sur les trois interrogés pensent que tout ergothérapeute peut animer une séance de rigologie s'il a suivi une formation. En effet Mme. A. précise que « *c'est sur la base du volontariat* ». M. C. ajoute qu'à partir « *du moment où la personne a eu une formation et une expérimentation* », elle peut animer une séance. Malgré cela, ils sont unanimes pour dire que cela sera plus ou moins difficile en fonction des thérapeutes puisque c'est une activité qui requiert du dynamisme et nécessite des capacités d'affirmation de soi face aux patients.

Mme. B. déclare même qu'« *il faut avoir une fibre, il faut de l'énergie* » puisque l'activité demande un lâcher prise de la part du thérapeute.

#### **b) Les compétences mises en œuvre**

Mme. A. et M. C. expliquent que l'apport de nos cours théoriques sur les pathologies et leurs signes cliniques est utile pour « *appréhender la personne et prendre en compte son état psychique du moment* ». La connaissance des pathologies leur permet « *d'adapter les exercices* ». Ils estiment aussi que nos capacités d'animation permettent de faire vivre une expérience positive aux patients en ne les mettant pas en difficulté. De plus, ils soulignent que la connaissance de l'activité développée lors des travaux dirigés à l'IFE, permet d'adapter chaque jeu en fonction de chacun. M. C. détermine même « *l'ergo en tant qu'expert de l'activité.* »

À cela, Mme. A. met en jeu « *la connaissance des traitements* » qu'on a pu apprendre lors de cours théoriques. Elle y ajoute que le travail d'ergothérapeute porte sur l'autonomie des personnes, et qu'il est bien « *d'avoir en tête une grille de toutes les compétences qui sont mises en jeu en terme d'autonomie* » ce qui permet de l'aider lors de la mise en place de ses exercices en fonction des objectifs.

Pour finir, Mme. B. mentionne que l'ergothérapeute a « *la vision thérapeutique* ». Elle utilise la rigologie comme une médiation avec de réels objectifs thérapeutiques et non pas en tant qu'activité occupationnelle. Elle estime que la relation de confiance créée lors de cette activité permet à l'ergothérapeute d'emmener le patient vers l'objectif principal qu'est l'autonomie.

### *c) L'apport de rigologie dans notre formation*

Nous avons demandé aux ergothérapeutes si l'apport de cours, lors de notre formation initiale, portant sur la rigologie pourrait être cohérent. Ils ont été unanimes pour dire que c'était le cas. Selon Mme. A. cela permettrait de montrer aux étudiants une nouvelle médiation. Toutefois, pour une question de maturité, elle estime qu'il faudrait l'expérimenter après la présentation des autres médiations. M. C. expose qu'il serait intéressant de le faire expérimenter aux élèves en tant que participants comme ils peuvent découvrir le Dixiludo ou la vannerie lors de travaux dirigés. Puis, il ajoute que proposer une place de co-animateur ou d'animateur aux élèves leur donnerait la possibilité d'« *expérimenter un peu l'animation de groupe aussi conséquent* » que l'on peut retrouver dans d'autres médiations.

Pour Mme. B., l'ajout de cours de rigologie est pertinent car cela permettrait de diversifier la formation et d'obtenir une prise en charge encore « *plus holistique* » qui, pour elle, est essentiellement axée sur le manuel.

***d) Compléments apportés au cours des entretiens***

Mme. A. évoque l'absence de réelle évaluation durant ces séances. Cependant elle utilise différents moyens pour combler cette absence. La mise en place d'un exercice identique en début et fin de séance lui permet de réaliser une petite évaluation de l'état émotionnel des patients. Les observations faites au cours de l'atelier ainsi que le retour des patients aux équipes pluridisciplinaires permettent d'ajouter des éléments à l'évaluation de Mme. A.

**Ce que nous retenons de cette analyse transversale :**

À travers la rigologie, les ergothérapeutes ont trouvé une médiation dynamique et plus ludique que d'autres activités utilisées en santé mentale. Cependant, son côté ludique, les confronte à des réticences de la part des autres professionnels. En fonction des thérapeutes, la population intégrée à cette activité est différente. Toutefois, ils estiment que l'activité est très accessible.

Cette nouvelle activité est une médiation car elle est prescrite par les médecins comme d'autres activités. Grâce à la diversité des exercices proposés, les ergothérapeutes peuvent atteindre des objectifs thérapeutiques variés. De plus, la participation des thérapeutes permet une meilleure adhésion de la part des patients qui accentue leur confiance envers les soignants. Cependant, ces bienfaits ne peuvent être observés qu'en présence du traitement médicamenteux.

En ce qui concerne, l'apport de l'ergothérapeute dans l'utilisation de la rigologie, ils sont d'accord pour dire qu'une formation de rigologue est nécessaire à l'animation de cette pratique. Cependant, ils estiment que nos cours théoriques et travaux dirigés répondent aux exigences de l'animation de la rigologie. Selon eux, l'apport de cours introductifs concernant la rigologie serait utile et cohérent dans notre cursus scolaire.

## VI. Vérification des hypothèses

Suite à ces analyses, nous pouvons valider ou infirmer nos hypothèses de travail permettant finalement de répondre à notre problématique.

Notre première hypothèse : « La rigologie est une activité thérapeutique innovante et ludique permettant une flexibilité dans la prise en soin de patients atteints de troubles de l'humeur » est validée par les dires des ergothérapeutes. Ils le prouvent par la diversité des objectifs associés aux exercices variés qu'ils peuvent mettre en place. Ils mettent en évidence l'absence d'exigence de résultats dans l'activité, ce qui offre une souplesse dans la participation de chacun permet une prise en soin spécifique aux différents patients.

Notre seconde hypothèse : « L'apport de l'ergothérapeute dans la rigologie, permet d'en faire une médiation adaptée à la prise en soin de patients atteints de troubles de l'humeur » est validée également. Les ergothérapeutes ont mis en avant l'apport de nos connaissances des pathologies, des traitements et de l'activité suite aux cours théoriques et travaux dirigés dispensés à l'institut d'ergothérapie.

A travers ces deux hypothèses, nous pouvons répondre à notre question de recherche qui est la suivante : « Quels sont les atouts de la rigologie dans la prise en soin ergothérapeutique de patients atteints de troubles de l'humeur ? » L'accessibilité, la flexibilité et l'aspect ludique de l'activité associés aux compétences de l'ergothérapeute répondent à cette question.

## VII. Discussion

Lors de notre partie exploratoire et l'analyse de nos entretiens nous avons pu mettre en lumière l'apport de la rigologie, utilisée comme outil de médiation avec des patients atteints de troubles de l'humeur et le rôle de l'ergothérapeute dans l'animation. Nous allons donc confronter nos résultats obtenus aux recherches réalisées dans la première partie de notre mémoire.

## **A. La mise en place de la rigologie**

Comme nous l'avons mentionné dans notre partie théorique, la rigologie a été inventée au début des années 2000. Tout d'abord, elle est mise en place sans but thérapeutique. Puis, progressivement, elle prend place dans les établissements de santé mentale ou dans les maisons de retraite. Toutefois, le manque d'études scientifiques prouvant les effets bénéfiques de cette pratique peut parfois être un frein à sa mise en place car certains professionnels, mais aussi des patients, peuvent se montrer réticents.

Aussi, comme cette activité n'a pas été créée dans une optique thérapeutique, elle a pu devenir accessible à un grand nombre de personnes. En effet, nous avons vu que tout le monde peut y participer, en respectant les contre-indications indiquées. En 2017, on trouve donc des clubs de rire sur les cinq continents. Par ailleurs, la rigologie se compose d'exercices issus de différentes pratiques. Cela permet alors à chaque participant de pratiquer des activités dans lesquelles il se sent plus à l'aise que d'autres. Ces deux points permettent à l'activité d'atteindre un plus large public.

## **B. La rigologie comme activité thérapeutique à part entière**

Au cours de notre partie théorique, nous avons évoqué les principes et règles de la rigologie qui structurent notre cadre et rendent l'activité thérapeutique. De plus, nous avons pu voir lors de nos entretiens que la rigologie a une réelle place dans les prescriptions ergothérapeutiques réalisées par le médecin.

Contrairement à d'autres médiations utilisées en santé mentale, la rigologie est une activité psycho-corporelle. Le corps est donc au centre de l'activité. Cela va amener les patients dans une autre dimension, avec une relation orientée vers le corporel et non le conversationnel. Ce type de médiation propose un large choix d'exercices aux objectifs très variés. Cela permet aux animateurs de mettre en place des séances aux multiples possibilités, de niveaux différents.

Cependant, cette activité est chronophage car elle demande beaucoup de temps pour préparer et débriefer les séances. Elle est également énergivore puisqu'elle requiert

une implication de l'ergothérapeute dans l'animation. Ce dernier est maître du rythme de la séance.

La participation de l'ergothérapeute dont nous avons parlé dans nos recherches est un point important qui permet à la rigologie de se distinguer des autres médiations. Cette différence permet une crédibilité vis-à-vis des patients qui nous voient réaliser le même exercice qu'eux. À travers cette participation, le thérapeute s'expose autant que les patients. Ceux-ci vont donc accorder leur confiance plus facilement au soignant. Pour autant, il faut savoir maintenir l'équilibre dans cette relation soignant – soigné afin d'entretenir l'efficacité dans notre prise en soin.

### **C. L'apport de l'ergothérapeute**

Malgré l'aspect ludique de la rigologie exprimé par Corinne Cosseron, l'ergothérapeute doit mettre à profit ses compétences au risque de réduire l'activité à une activité occupationnelle. Pour cela, l'apport de ses connaissances sur les pathologies et leurs traitements, développé lors de ses cours théoriques permettent à l'ergothérapeute d'évaluer l'état émotionnel du patient à un moment présent. Grâce aux travaux pratiques portant sur l'analyse d'activité et des mises en situation de handicap, l'ergothérapeute est très bien placé pour adapter la séance en fonction des patients. Cette maîtrise de l'activité lui permet de réagir face aux événements imprévus durant la séance. Ainsi, il met encore à profit ses capacités d'adaptation.

De plus, comme la rigologie n'a pas été fondée pour répondre à des attentes thérapeutiques, il n'existe aucune évaluation correspondant aux séances. Malgré tout, nous avons pu nous rendre compte avec les ergothérapeutes interrogés qu'il était possible d'évaluer nos séances. À l'aide d'un exercice mené en début et fin de séance, de nos observations tout au long de celle-ci et des retours des patients aux équipes soignantes, il est possible de faire une petite évaluation du patient.

Comme nous l'avons expliqué lors de notre partie théorique, il est nécessaire de suivre plusieurs formations à l'École Internationale du rire pour animer des séances de rigologie. Cette contrainte peut être un frein à son utilisation en santé mentale et d'autres activités ne nécessitant pas de formation particulière peuvent alors être favorisées.

## VIII. Les préconisations

Afin de faire évoluer la pratique de la rigologie en santé mentale et grâce à notre travail de recherche, nous proposons plusieurs préconisations.

### A. La mise en place de la rigologie

En prenant en compte la date de création de la rigologie, il est important d'expliquer quels peuvent être les bienfaits de celle-ci. Comme l'on souligné les ergothérapeutes interrogés, l'expérimentation de la rigologie peut être une solution pour rassurer les personnes réfractaires. Il semble indispensable de proposer cette phase de découverte et d'essai lors de sa mise en place afin de permettre aux différents professionnels de ressentir les bienfaits procurés par cette médiation chez les patients.

### B. L'apport de l'ergothérapeute

La rigologie est une discipline qui nécessite d'être expérimentée avant d'être animée. Pour cela, il serait intéressant de nous proposer une initiation à la rigologie dans notre cursus. Cette initiation pourrait se présenter sous la forme d'un travail pratique qui pourrait faire partie de l'unité d'enseignement 3.6 « Médiation, relation et cadre thérapeutique ». Dans l'absolu, l'ajout de cours supplémentaires serait pertinent puisqu'au-delà de la simple initiation, il serait envisageable pour les étudiants d'animer ou co-animer un exercice, une partie de la séance ou une séance entière. Cet apprentissage de l'animation permettrait aux élèves d'animer des groupes importants, comme c'est souvent le cas en rigologie. Cet apport serait alors utile pour d'autres activités de groupes importants (ex : Accueil de jour).

Dans cette médiation, l'évaluation du patient est difficile pour l'ergothérapeute. La création d'un outil à faire remplir aux patients en début et fin de séance semble être cohérente. Pour cela des questions simples, aux réponses rapides semblent judicieuses pour gagner du temps et éviter d'effrayer les patients face à un bilan. Cet outil pourrait même se présenter sous la forme d'un questionnaire de satisfaction permettant aux patients de ne pas se sentir évalué et donc de participer aux séances sans a priori.

Enfin, pour palier au frein que constitue la formation nécessaire à la rigologie, il pourrait être utile de suivre des cours de rigologie (supplémentaires à l'initiation) sous forme de travaux dirigés. Ces cours pourraient s'inscrire dans le cadre d'une unité optionnelle. À la fin des heures définies à l'avance, une certification nous serait alors remise. Cela nous permettrait, lors de notre vie professionnelle, d'utiliser la rigologie dans le cadre de notre pratique en tant qu'ergothérapeute. Cependant, elle ne nous autoriserait pas à animer un club de rire à l'extérieur de notre cadre professionnel. Cette proposition peut paraître utopique, mais la rigologie peut rentrer parfaitement dans les médiations utilisées par l'ergothérapeute en santé mentale.

## **IX. Limites de la recherche**

### **A. La partie théorique**

Nous avons fait face des limites lors de nos recherches sur la rigologie. En effet, afin de pouvoir la pratiquer, il est nécessaire de suivre une formation payante afin d'apprendre le déroulement à suivre des séances, de découvrir les différents exercices à proposer... Ainsi ces informations sont données lors de formations que nous n'avons pas réalisées.

Au cours de notre partie exploratoire, le manque d'écrits scientifiques concernant la rigologie nous a posé des difficultés dans nos recherches.

### **B. L'échantillon**

La première limite de notre travail est la taille de l'échantillon d'ergothérapeutes. Une taille plus importante pour cet échantillon nous aurait été bénéfique pour réaliser nos analyses et affiner nos résultats. Cependant, les ergothérapeutes pratiquant la rigologie en santé mentale sont peu nombreux. En effet, après avoir contacté l'Ecole Nationale du rire, nous nous avons transmis les coordonnées d'une seule ergothérapeute rigologue certifiée. Il a donc été difficile pour nous de trouver d'autres professionnels pratiquant la rigologie.

Notre deuxième limite est associée au lieu de travail de l'échantillon. Effectivement, les ergothérapeutes interrogés pratiquent la rigologie dans deux établissements de la région

Grand Est. Cela ne nous permet pas de tirer des conclusions significatives sur l'apport de la rigologie en santé mentale sur un territoire comme celui de la France.

La dernière limite est liée à la formation en rigologie des professionnels rencontrés. En effet, dans cet échantillon, seule une ergothérapeute a reçu la formation de rigologue. C'est à ses côtés, suite à une formation sur les jeux psychocorporels, que les deux autres ergothérapeutes ont appris à utiliser la rigologie.

### **C. L'outil exploratoire**

Lors de la phase exploratoire, notre manque d'expérience dans la réalisation des entretiens a pu se faire ressentir. Malgré l'usage d'un guide d'entretien, le manque d'informations lors de notre première rencontre nous a obligés à recontacter l'ergothérapeute concernée. Cependant, lors des entretiens suivants, toutes les informations nécessaires ont été recueillies lors d'un unique entretien.

## **Conclusion**

Au cours de notre travail, nous avons pu mettre en valeur les divers apports de la rigologie, activité ludique et dérivative, qui se développe considérablement dans le secteur de la santé mentale. Ce travail n'a pas pour objectif de démontrer la supériorité de cette médiation par rapport à une autre ou la supériorité de l'ergothérapeute par rapport à un autre soignant mais de mettre en évidence une pratique complémentaire aux traitements médicamenteux et à d'autres activités utilisées en ergothérapie.

Nous avons aussi découvert et exploré la littérature relative à l'aspect psychocorporel propre à cette médiation. Les recherches effectuées sur les épisodes dépressifs et leurs symptômes permettent de les mettre en relation avec les objectifs thérapeutiques associés à la rigologie.

Notre exploration a néanmoins mis en avant les difficultés rencontrées face aux autres professionnels causés par la méconnaissance de cette pratique innovante. De plus, la notion engageante, pour le thérapeute en termes de temps et d'énergie peut être source de difficultés.

Cependant, les ergothérapeutes expliquent leur légitimité à utiliser cette activité dans leurs prises en soin grâce aux nombreuses connaissances apprises lors de leur formation et applicables à l'animation de la rigologie. Cette médiation leur permet d'apporter une nouvelle dimension à leur pratique.

À travers ces écrits, nous avons pris conscience de l'apport de la rigologie et des différences comparées à d'autres activités. Elle nous emmène à nous demander quelles solutions pourraient être mises en place pour qu'elle puisse s'intégrer durablement dans notre prise en soin. La publication de recherches scientifiques permettrait d'apporter des résultats significatifs et augmenterait la reconnaissance de nos pairs lors de notre pratique.

Enfin, en tant qu'ergothérapeute, l'utilisation d'activités de natures très variées se justifie tant que ces dernières ont un rôle thérapeutique. Cette diversité d'activités permet d'élargir notre champ d'action et ainsi de multiplier les possibilités, afin de mettre en place des activités signifiantes pour le patient.

## **Liste des abréviations**

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ASNM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (en français : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

## Bibliographie

### **1) Ouvrages et articles**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 2013

ANDERSON, Linda, BRIGGS, David, CARDINI, Francesco, FC CHAN, Margaret et CHAN, Peter. *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle*. 2000

BINDLER, Louis et MOUCHABAC, Stéphane. *100 Questions Réponses Sur la Dépression*. 6 septembre 2011. Paris : Ellipses Marketing

CALLAHAN, Stacey et CHABROL, Henri. *Mécanismes de défense et coping*. 2016. Dunod

CÉLESTIN-LHOPITEAU, Isabelle et BENHAMOU, Dan. *Soigner par les pratiques psychocorporelles: pour une santé intégrative*. 2015, Paris : Dunod

COSSERON, Corinne. *Remettre du rire dans sa vie: La Rigologie, mode d'emploi*. 19 mai 2011. [S. l.] : Groupe Robert Laffont

COUSINS, Norman, CORYELL, Rosette et DUBOS, René Jules. *La Volonté de guérir*. 1981. Paris : Éditions du Seuil

GUELFY, Julien-Daniel et ROUILLON, Frédéric. *Manuel de psychiatrie*. 24 janvier 2017. [S. l.] : Elsevier Masson

HÉRIL, Alain et MÉGRIER, Dominique. *Entraînement théâtral pour les adolescents: à partir de 15 ans*. 2010; Paris : Retz

HERNANDEZ, Hélène. *Ergothérapie en psychiatrie: de la souffrance psychique à la réadaptation*. 2016. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur

INPES. *La santé de l'homme* - n° 421 - Septembre-Octobre 2012. [s. d.], p. 3

LUMINET, Olivier. *Psychologie des émotions: confrontation et évitement*. 2017. Bruxelles : De Boeck Université,

MÉGRIER, Dominique. *80 exercices d'entraînement au théâtre: adultes, seniors*. 2016. [S. l.] : [s. n.]

MESSINGET, Joseph. *Le Langage des Gestes pour les nuls*. 2009. Paris : First-Gründ

RUBINSTEIN, Henri. *Psychosomatique du rire*. 2003. [S. l.] : R. Laffont

TRONTO, Joan C. Du care. *Revue du MAUSS*. Novembre 2008, Vol. n° 32, n° 2, p. 243-265

TURCHET, Philippe. *Le langage universel du corps comprendre l'être humain à travers la gestuelle*. 2009. Montréal : Éditions de l'Homme

VERMOREL, Henri et VERMOREL, Madeleine. De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. *L'information psychiatrique*. 2012, Volume 88, n° 9, p. 759-770

VIGARELLO, Georges. *Le sain et le malsain: santé et mieux-être depuis le Moyen Age*. 1993. Paris : Editions du Seuil

ZIELINSKI, Agata. L'éthique du care. *Etudes*. Novembre 2010, Vol. Tome 413, n° 12, p. 631-641

## **2) Sites et pages internet**

ANFE. *Historique* [en ligne]. Juin 2017. [s. d.]. Disponible à l'adresse : <https://www.anfe.fr/historique> [Consulté le 20 avril 2019]

AMELI. *Comprendre la dépression* [en ligne]. [s. d.]. Disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/comprendre-depression> [Consulté le 8 décembre 2018]

CASAGRANDE, Carla. *Quand la mélancolie était un péché* [en ligne]. [s. d.]. Disponible à l'adresse :

<http://medieval.mrugala.net/Religion/Quand%20la%20melancolie%20etait%20un%20peche/Quand%20la%20melancolie%20etait%20un%20peche.htm> [Consulté le 10 décembre 2018]

CONTROVERSESES. SCIENCE-PO. *La recherche avance, la dépression aussi* [en ligne]. [s. d.]

Disponible à l'adresse : <http://controversees.sciences-po.fr/archive/warehouse/depression/histo.html> [Consulté le 8 décembre 2018]

CPN. *Ergothérapie en santé mentale* [en ligne]. [s. d.]. Disponible à l'adresse :

<http://cpn.rmi.fr/-338.html> [Consulté le 8 février 2019]

CNLE. *Historique de la prise en charge des troubles mentaux* [en ligne]. [s. d.]. Disponible à

l'adresse : <https://www.cnle.gouv.fr/historique-de-la-prise-en-charge.html>

[Consulté le 20 avril 2019]

DGS. Les pratiques de soins non conventionnelles. Dans : *Ministère des Solidarités et de la Santé* [en ligne]. 13 juin 2017. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles> [Consulté le 6 avril 2019]

ECOLE INTERNATIONALE DU RIRE. *Bonheur, psychologie positive, méditation, yoga du rire et rigologie : L'Ecole Internationale du Rire et du Bonheur* [en ligne]. [s. d.]. Disponible à

l'adresse : <https://www.ecolederire.org/> [Consulté le 23 avril 2019]

ETAT-DEPRESSIF. *Dépression - autres traitements biologiques*. [en ligne]. [s. d.]. Disponible à

l'adresse : <http://www.etat-depressif.com/traitements/autres-traitements-biologiques/>

[Consulté le 28 décembre 2018]

ETAT-DEPRESSIF. *Dépression : la mise en cause du gène ApoE*. 30 août 2017. Disponible à

l'adresse : <https://www.etat-depressif.com/predisposition-genetique-depression/>

[Consulté le 8 décembre 2018]

FIELLER, Bénédicte. *Respirer c'est vivre (respiration, relaxation et sophrologie)* [en ligne]. [s. d.] Disponible à l'adresse : <http://www.psycho-ressources.com/bibli/respirer-cest-vivre.html> [Consulté le 30 avril 2019]

HEITZ, Claire. Troubles bipolaires : la piste des mitochondries. Dans : *cerveauetpsycho.fr* [en ligne]. 9 août 2018. [s. d.]. Disponible à l'adresse : <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/maladie-mentale/troubles-bipolaires-la-piste-des-mitochondries-14020.php> [Consulté le 3 février 2019]

INPES. *La dépression - En savoir plus pour en sortir*. 2007 [s. d.], p. 92

IUSMM. *Thérapie d'approche cognitivo-comportementale* [en ligne]. [s. d.]. Disponible à l'adresse : <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-famille/info-sur-la-sante-mentale/therapie-dapproche-cognitivo-comportementale.html#questce> [Consulté le 16 avril 2019]

LAUNOIS, Muriel. *Activités et médiations Médiations expressives Médiations expressives* [en ligne]. [s. d.]. Disponible à l'adresse : <http://www.ergopsy.com/mediations-therapeutiques-a403.html> [Consulté le 20 avril 2019]

LAUNOIS, Muriel. *Cadre thérapeutique Modalités thérapeutiques Thérapie de groupe* [en ligne]. [s. d.]. Disponible à l'adresse : <http://www.ergopsy.com/therapie-de-groupe-a394.html> [Consulté le 20 avril 2019]

LAUNOIS, Muriel. *Du soin psychique Modèles conceptuels et thérapie en psy Modèles interdisciplinaires en psy* [en ligne]. [s. d.]. Disponible à l'adresse : <http://www.ergopsy.com/modeles-inter-disciplinaires-en-psy-a362.html> [Consulté le 16 avril 2019]

LAUNOIS, Muriel. *Types d'ateliers Différents ateliers Atelier de vie quotidienne* [en ligne]. [s. d.] Disponible à l'adresse : <http://www.ergopsy.com/atelier-de-vie-quotidienne-a406.html> [Consulté le 20 avril 2019]

OMS. *Principaux repères sur la dépression* [en ligne]. [s. d.] Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression> [Consulté le 8 décembre 2018]

PETRUS. *Le mot du jour « Spleen »* [en ligne]. 5 janvier 2015. Disponible à l'adresse : <https://cestunjourpour.com/2015/01/05/le-mot-du-jour-spleen/> [Consulté le 11 décembre 2018]

SANTE MENTALE - *Les ergothérapeutes en psy donnent de la voix !* [en ligne]. [s. d.] Disponible à l'adresse : <https://www.santementale.fr/actualites/les-ergotherapeutes-en-psy-ont-des-choses-a-dire.html> [Consulté le 8 février 2019]

STREETER, Chris C., WHITFIELD, Theodore H., OWEN, Liz, REIN, Tasha, KARRI, Surya K., YAKHKIND, Aleksandra, PERLMUTTER, Ruth, PRESCOT, Andrew, RENSCHAW, Perry F., CIRAULO, Domenic A. et JENSEN, J. Eric. Effects of Yoga Versus Walking on Mood, Anxiety, and Brain GABA Levels: A Randomized Controlled MRS Study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* [en ligne]. Novembre 2010, Vol. 16, n° 11, p. 1145-1152. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111147/> [consulté le 8 décembre 2018]

TROUBLES-BIPOLAIRES. Nature des troubles bipolaires Définition Histoire La dépression La manie [en ligne]. [s. d.] Disponible à l'adresse : <https://www.troubles-bipolaires.com/maladie-bipolaire/nature-des-troubles-bipolaires/> [Consulté le 3 mai 2019]

TROUBLES-BIPOLAIRES. Prise en charge du patient : Traitements [en ligne]. [s. d.] Disponible à l'adresse : <https://www.troubles-bipolaires.com/prise-en-charge-du-patient/traitements-medicamenteux/> [Consulté le 5 mars 2019]

## **Annexes**

Annexe 1 : Tram du mail envoyé à l’Ecole Internationale du Rire .....	I
Annexe 2 : Guide d’entretien .....	II
Annexe 3 : Retranscription d’un entretien : Entretien de Mme. A. ....	III

**Annexe I** : Trame du mail envoyé à l'École Internationale du rire.

Madame,

Je suis étudiant en dernière année d'ergothérapie et je réalise un mémoire ayant le sujet suivant « Quels sont les atouts de la rigologie dans la prise en soin ergothérapeutique de patients atteints de troubles de l'humeur ? ».

Lors d'un stage au centre psychothérapeutique de Nancy j'ai pu découvrir la rigologie, utilisée alors comme thérapie. Cette expérience m'a donné envie de m'informer davantage. Votre ouvrage « Remettre du rire dans sa vie: La Rigologie, mode d'emploi » m'a particulièrement aidé à ce sujet et m'a permis de prendre connaissance des différents principes nécessaires à la mise en place de cette activité dans un cadre thérapeutique, ainsi que des exercices permettant de structurer les séances.

J'ai pu observer les bienfaits apportés aux patients, atteints de troubles de l'humeur, et les aider, entre autre, à retrouver confiance en eux et aux autres. Cette confiance est primordiale puisqu'elle a, par la suite, un impact sur la réadaptation ou réhabilitation psycho-sociale. Il me semble que ce dernier point est essentiel et constitue un des principaux objectifs du métier d'ergothérapeute, notamment lorsqu'il exerce dans des établissements de santé mentale.

Je me permets donc de vous contacter afin de savoir si des ergothérapeutes auraient suivi une formation en rigologie dans votre établissement. Si tel est le cas, serait-il possible de me mettre en relation avec ces professionnels afin que je puisse échanger avec eux et ainsi faire avancer ma réflexion sur mon mémoire de fin d'études ?

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande,

Sincèrement,

Corentin VIRY, étudiant en 3ème année d'école d'ergothérapie à Nancy

## **Annexe II : Guide d'entretien**

### **Guide d'entretien**

#### **Introduction :**

« Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien et de m'accorder de votre temps. Il sera sous couvert d'anonymat, que ce soit pour vous ou pour les personnes et les institutions citées. Sous votre accord, j'enregistrai cet entretien pour faciliter la discussion ainsi que ma prise de notes. Mon mémoire a pour sujet principal la rigologie et j'aimerais m'entretenir avec plusieurs ergothérapeutes qui ont pratiqué la rigologie ou qui la pratique afin de savoir en quoi cette activité peut apporter un plus dans la prise en charge ergothérapique de patients atteints de troubles de l'humeur. »

Après cela nous commençons l'entretien à proprement parlé.

- **Parcours dans la rigologie :**

Comment avez-vous découvert la rigologie ? Par quels moyens ? Où ?

Pourquoi l'avoir mise en place ? Combien de fois par semaine ? Avez-vous rencontré des difficultés dans la mise en place, vis-à-vis des patients ? Vis-à-vis d'autres thérapeutes ? Vis-à-vis des médecins ?

Quelle population participe aux séances ?

Quelle est l'accessibilité de cette activité ?

- **La rigologie comme médiation (ou activité thérapeutique) :**

En quoi la rigologie vous apporte-t-elle un plus dans la prise en soin de patients atteints de troubles de l'humeur ? En quoi est-elle une médiation « complémentaire » à la prise en soin ergothérapique ?

Quelles différences a la rigologie, par rapport à un groupe d'atelier créatif ou un groupe de parole ?

- **L'apport de l'ergothérapeute :**

En quoi l'ergothérapeute peut-il utiliser les compétences apprises lors de sa formation (stages + cours à l'IFE) pour animer une séance de rigologie ?

Est-ce une médiation accessible à tous les ergothérapeutes ? Pourquoi ?

Est-ce que ça serait cohérent d'avoir des cours de rigologie à l'IFE ? Pourquoi ?

**Annexe III :** Retranscription d'un entretien : Entretien de Mme. A.

- **Moi : Déjà, je voudrais commencer par savoir, comment avez-vous découvert la rigologie ?**

Mme. A. : Je suis tombée sur des articles qui parlaient des bienfaits du rire sur la santé... des petits articles, pas forcément issus de magazines scientifiques, mais plutôt des magazines plus populaires. Du coup, je me suis aussitôt documentée sur internet et je suis beaucoup tombée sur les clowns hospitaliers et ça ne me plaisait pas, ce n'est pas vraiment ça que je cherchais. J'ai continué à chercher et je suis tombée sur le site de l'Ecole Internationale du rire de Corinne Cosseron et Julien Peschot que j'ai contactés. Je suis allée sur le site et puis j'ai réussi à bénéficier d'une formation financée par le CPN. J'ai essayé d'expliquer que ça pouvait tout à fait s'intégrer dans le soin en ergothérapie, en complémentarité de l'ensemble de la prise en charge, pour enrichir nos pratiques professionnelles parce que ce n'était pas quelque chose qui se développait.

- **Oui, c'était peu connu, c'était il y a combien de temps ?**

Alors 2014, 2013.

- **Donc ça fait 6 ans ?**

Oui déjà. \*rires\*. Disons que oui. En 2013 ça a commencé à se mettre en place. Je l'ai mise en place quand je travaillais à mi-temps en intra hospitalier sur l'unité qui s'appelait XXXX, donc une unité fermée qui accueillait des patients de diverses pathologies en soins sous contrainte ou en soins libres et moi j'ai pu le mettre en place quand je travaillais, à mi-temps dans un CATTP, les patients étaient pris en charge en ambulatoire. J'ai pu commencer à le mettre en place parce que j'avais le soutien médical d'un médecin.

- **Ah oui d'accord...**

... Parce que je voulais absolument que ça soit sous prescription médicale comme les prises en charge ergothérapeutiques donc il faut le soutien du médecin pour que ça apparaisse dans nos écrits comme une activité à part entière.

- **Du coup, vous vouliez différencier la rigologie et l'ergothérapie ?**

C'était dans nos écrits professionnels ergothérapeutes, mais on a les prises en charge en atelier, prises en charge de groupe, et ça appartenait aux prises en charge de groupe, clairement identifié, au même titre que le groupe de conversation est clairement identifié dans nos écrits, au même titre que la prise en charge à l'atelier polyvalent.

- **Oui donc ce n'était pas différencié de la prescription ergothérapeutique ?**

C'était une prise en charge ergothérapeutique, mais une pratique spécifique.

- **D'accord, très bien. Du coup, quand vous vous êtes mise à l'animer, combien de séances par semaine ou par mois avez-vous mises en place ?**

Une fois par semaine, une séance de 1h30. Entre 1h15 et 1h30 par semaine.

- **Très bien, quels patients étaient présents dans ces séances ?**

Déjà, c'était un groupe ouvert. Je n'ai pas fait de groupe fermé de manière à pouvoir compléter mes groupes de manière très concrète. Ces groupes sont plutôt axés sur des patients qui ont des troubles de l'humeur, plutôt dépressifs, mais qui n'en ont pas forcément le diagnostic « dépression » puisqu'il peut y avoir des borderline qui sont un peu dépressifs, des dépressifs... Dans un premier temps, je n'ai pas pris en charge les psychotiques mêmes stabilisés, je me suis contentée plutôt des patients avec des troubles de l'humeur, avec des symptômes dépressifs.

- **Ok, du coup est-ce que c'est possible de me décrire une séance type à votre manière, vos séances types ?**

La manière dont je la prépare ?

- **Oui, comment vous la préparez, comment elle se compose. Bon du coup le temps on le sait c'est d'1heure – 1heure 30, mais comment elle se compose, les différents exercices proposés, etc...**

Alors, \*silence\*, les séances de rigologie sont structurées toujours de la même manière, en trois temps. Le premier temps, c'est une phase d'échauffement, de préparation, avec avant de commencer, un petit tour de table avec ce que l'on appelle une météo. Alors une météo, ça correspond à ... un état des lieux émotionnels. On leur demande d'identifier leur état lors de l'instant présent, comment ils se sentent tout de suite, là, maintenant en un mot. Alors on fait un mot, mais on peut faire une couleur, on peut l'imager sous forme de météo, mais moi je préférais les faire travailler déjà sur un mot, ce qui est assez difficile. En fait, le travail là est compliqué puisque savoir ce que l'on ressent ce n'est déjà pas simple, mais savoir mettre l'émotion qui correspond à ce que l'on ressent, c'est difficile donc déjà premier exercice compliqué. Ça me permettait après de le retravailler un peu en individuel sur les types d'émotions qu'il existe pour qu'ils puissent à la prochaine séance être plus à même de pouvoir y répondre. Ce n'est pas de l'éducation émotionnelle, on n'en est pas là, mais c'est un début, c'est une espèce de prémisse. On intègre en tout cas une notion d'émotion qui est primordiale.

À partir de là, les premiers exercices d'échauffement arrivent, donc l'état des lieux c'est pour faire une petite évaluation et pour que l'animateur puisse un peu savoir comment vont les gens et ça va l'orienter dans son animation tout au long de la séance. Si on sait qu'il y en a qui sont suicidaires, s'il y en a qui sont bien disposés, s'il y en a d'autres pour lesquels c'est leur première séance ils sont un peu inquiets, il faudra mettre de la réassurance, d'autres vont être fatigués donc il faut les dynamiser, d'autres vont être plutôt moteurs et d'autres vont être...ralentis. C'est bien de savoir un peu quel état d'esprit, quel groupe on va avoir parce que même si c'est toujours les mêmes personnes ou même si c'est des personnes qui ont déjà pratiqué, ça peut quand même varier, leur participation varie en fonction de leur état.

Ensuite, on intègre le premier exercice qui est un exercice psychocorporel où on travaille autour du corps pour qu'ils puissent un peu mobiliser leurs corps et se recentrer sur eux. Donc c'est des exercices que l'on appelle d'ancrage. On réalise nos séances sans chaussures pour être au contact du sol et pour pouvoir déjà travailler la pression de notre corps sur le sol en fonction des consignes puisque je le rappelle les séances sont ludiques, faciles à reproduire et donc on peut très bien s'imaginer par exemple se déplacer dans l'espace avec notre démarche habituelle.

Par la suite, on va y mettre des petites consignes par exemple « marchez sur la pointe des pieds » on va imaginer qu'on est des petites souris ou bien des éléphants alors là on va marcher de manière plus affirmée et il faut vraiment qu'on se sente lourd comme un éléphant ou tout léger comme un petit oiseau donc on travaille sur le corps et ça permet de se mobiliser pour ne plus être figé et prendre un peu contact de l'espace : c'est le premier exercice. Celui-là il échauffe, on s'échauffe un peu, on est tous ensemble. La petite particularité de la rigologie c'est que tout le monde participe, c'est la consigne initiale donc on ne peut pas trop avoir de gens réfractaires puisqu'en début de séance, ils s'engagent, c'est comme des fois en début de séance on a la notion de confidentialité dans un groupe de parole, là, on a la notion d'engagement tout au long de la séance donc tout le monde s'engage à participer à tout, tous les exercices jusqu'au bout.

- **Ok, et si ce n'est pas le cas ?**

S'il ne veut pas, s'il ne s'engage pas en début de séance on ne va pas pouvoir la faire. La personne ne va pas pouvoir rester si elle dit : « moi je ne veux pas la faire, je ne veux pas faire la séance ». Alors voilà là, on joue le rôle de réassurance, on expérimente la séance, mais par contre pour avoir un jugement sur elle, il va falloir aller jusqu'au bout, puisqu'on ne peut pas dire qu'on n'aime pas quand on n'a pas essayé, on ne peut pas dire qu'on n'aime pas les fraises si on n'a jamais goûté, etc...

Donc c'est un peu ce principe-là, un peu cette culture d'expérimentation où on les accompagne dans une expérience donc ça, c'est très ergothérapeutique, on les amène à faire une expérience pour pouvoir se découvrir et découvrir les effets si possible les bienfaits, mais en tout cas les effets que ça peut procurer puisqu'on n'a pas de certitude que ça puisse faire des effets. En tout cas, le patient lui quand il arrive, il n'a pas de certitude que ça va lui faire du bien, mais nous on a la certitude que faire une nouvelle expérience c'est toujours bien.

- **Ok**

Donc moi, je n'ai jamais eu de personne qui était réfractaire à ça.

- **Mais s'ils disent oui ?**

Alors on s'engage pour la séance

- **Et finalement, il commence et...**

... Nous, ça nous permet, en tant qu'ergothérapeute, d'évaluer son état, de pouvoir percevoir ses éventuelles résistances, de percevoir les signes cliniques si vraiment il ne peut pas est-ce que parce qu'il est trop sédaté, parce qu'il est trop suicidaire. Souvent, ils ont des difficultés à se mettre en avant, mais le fait que tout le monde le fasse, il y a moins de résistances. C'est sûr que souvent ils ont peur du ridicule, peur de se montrer, mais il n'y a pas d'inquiétude, on s'y met tous donc on est tous dans le même bateau, il n'y en a pas un qui fait moins bien que l'autre. Donc voilà. Et c'est aussi la notion de groupe en fait. Le fait de ne pas participer ça a un impact sur le groupe. Le fait de ne pas parler à un groupe de discussion, ça a un impact sur le groupe et du coup ce n'est plus trop adapté puisque l'idée aussi c'est de pouvoir s'intégrer dans un groupe et de leur donner les moyens de pouvoir le faire puisque ça permet de lutter contre l'isolement aussi.

Ensuite ... on fait de l'évacuation du stress, donc toujours sous forme ludique, on a mobilisé le corps, et là on va commencer à intégrer un peu la voix parce que pour pouvoir évacuer son stress il faut souffler c'est sûr, mais il ne faut pas juste se contenter de souffler, il faut aussi accompagner de la voix pour que ça ait vraiment un effet ... déstressant. L'approche est toujours ludique, dans la mesure où c'est ludique, c'est convivial, ça fait baisser les résistances et ça permet à chacun de se prendre un peu au jeu. Cet exercice permet de se libérer de ce qui nous gêne tout de suite, donc on travaille beaucoup sur le moment, sur l'instant présent, sur ce qui nous gêne pour pouvoir s'investir et s'impliquer dans la séance.

- **D'accord.**

Tant qu'on pense : « Mince je vais devoir appeler ma fille. Elle ne sait pas que je suis hospitalisé », on n'est pas dans l'instant présent et on va pouvoir de manière toujours très imagée l'évacuer tous ensemble. Mais, l'idée ce n'est pas d'évacuer ses souffrances d'enfance, pas du tout c'est juste d'évacuer ce qui nous préoccupe ce qui nous inquiète tout de suite, là, maintenant. Donc on l'évacue par la voix tous ensemble et à ce moment-là c'est toujours suivi d'un petit exercice de respiration en rigologie on appelle ça de la sophrologie ludique. Mais on ne va peut être pas s'enflammer nous c'est juste de la respiration, mais encore une fois on va leur apprendre à respirer par le ventre par le bas du ventre, et non pas par le haut. Souvent, ils sont un petit peu coincés du haut donc on va leur apprendre à gonfler le ventre et on a des exercices bien spécifiques où on sent le bas du ventre se gonfler et non pas le haut, les poumons...

- **...Le thorax ?**

Voilà. Donc, encore une fois, c'est une manière de se recentrer sur son corps et lorsqu'on se recentre sur son corps on se décentre de son mental.

- **Ok, je comprends.**

Bon c'est un peu de la méditation pleine conscience : « Ecoutez et observez la respiration si elle passe bien et si le bas du ventre se gonfle bien ». A ce moment-là on n'est plus en train de ruminer donc c'est une astuce pour se déconnecter de son mental et donc de se détacher de ses ruminations dépressives. Ensuite, l'exercice qui suit, c'est un exercice dit de brise-glace donc c'est un exercice où on va un petit peu s'exposer tous ensemble, on va un peu briser la glace ... une espèce de peur du regard de l'autre, à ce moment-là, on va complètement la balayer parce qu'on a des exercices très simples et très sympathiques où tout le monde s'expose un peu et souvent ça fait rire un peu les gens.

- **Ouais je comprends, le rire fait que...**

... On se met un peu en avant sur un exercice tout bête, mais quand même qui engage, attends c'est quoi les exercices brise-glace que je peux avoir ...

- **Je pense que j'en ai vu toute façon, c'est sûr que j'en ai vu toute façon**

Bah oui. Mais en tout cas on commence un peu à se marrer donc là on commence à se détendre et être un peu prêt à s'investir et à pouvoir faire la suite. Là c'est la première partie, la première partie d'échauffement qui prend un peu de temps.

La deuxième partie c'est là où on va intégrer les jeux, les exercices vont être vraiment ciblés sur le fait de favoriser le rire entre autres. En tout cas on va commencer un peu à aller chercher le rire et à stimuler un peu le rire.

- **Ok d'accord. Alors qu'avant ce n'est pas le but premier, c'est plus...**

... On se relaxe, on se détend, on se relâche, on se met tous ensemble parce qu'aussi ce que je n'ai pas dit c'est que, dans la première séance, on y met aussi un premier contact visuel avec l'autre. Visuel associé du sourire donc on ne met pas le rire en premier exercice, mais on y intègre le sourire. Ça permet de se rendre compte que finalement sourire à l'autre, ça fait du bien c'est chaleureux et que de le renvoyer c'est aussi quelque chose qui se fait. C'est bien de recevoir un sourire, mais souvent pour l'obtenir il faut aussi sourire. Donc là, moi souvent je commence à leur dire que, d'une part, ils sont beaucoup plus beaux quand ils sourient, et c'est les premiers aussi à se plaindre d'être seuls, d'être isolés :

- « Oui je vais dans un groupe, mais personne ne me parle »
- « D'accord, mais en même temps si vous êtes prostré sur vous, vous regardez vos chaussures et que vous n'allez pas au contact visuel de l'autre, personne ne va venir vous voir et c'est normal parce que personne n'aura envie de vous voir. Vous-même vous n'allez pas avoir envie de sourire à celui qui est tout prostré »
- **Oui oui clairement, je suis en train de penser à des patients même hors de la santé mentale c'est exactement ça, je suis d'accord.**

Donc en fait, ils sont en train de se rendre compte que leur attitude corporelle, qui est souvent liée à leur état psychique, a une grande influence. Un dépressif, quand il est soucieux, il va regarder ses chaussures et va baisser les épaules. Quand on a confiance en soi et qu'on est chef d'entreprise, on a fait un gros bénéfice, on est fier de soi. Dans les exercices d'échauffement, on a « allez on marche comme si on avait réussi un super examen, comme si on était un roi » et bien le roi, il a quand même un peu la classe et tout d'un coup on le respecte un peu et puis on le regarde dans les yeux et puis il est intéressant et puis peut être que si ... si on est tout triste forcément on le considère moins et donc là ils s'en rendent compte. Donc l'expérience va leur montrer que... et c'est là aussi une technique psychocorporelle, que leur attitude corporelle, leur comportement a une influence sur l'autre.

- **Hmmm oui.**

Et sur eux aussi parce que plus on va se recroqueviller et plus la confiance en soi elle baisse, pour pouvoir affirmer les choses quand on est comme ça, on a déjà un peu de mal.

- **Oui en fait le corps parle**

Et souvent ils ne se rendent pas compte et c'est ça que je leur dis, que la dépression elle ne se voit pas sur leur fond, mais elle se voit sur leur démarche et sur l'image qu'il renvoie.

- Un patient m'avait dit : « Oui quand je sors de XXX j'ai l'impression que tout le monde me regarde parce que tout le monde sait que je suis hospitalisé. »

- Je lui ai dit : « Attendez Mr X moi aussi tous les jours je sors de XXX et je n'ai pas l'impression que les gens pensent que je suis patiente et pourtant ce n'est pas écrit sur mon front que je ne suis pas patiente. Vous êtes en train d'insinuer que moi aussi je suis une patiente ? Si vous vous tenez droit et que tout va bien, personne ne va imaginer quoi que ce soit parce qu'il n'y a pas que des patients qui sont ici ».
- *Patient* : « Ah ouais ouais. »
- *Thérapeute* : « Ouais parce que sinon c'est valable pour moi aussi dans ce cas. »
- *Patient* : « Ah ouais. »

Donc parfois ils sont tellement centrés sur eux, sur leurs souffrances qu'ils en oublient l'autre. Et les séances de rigologie, elles ont des vertus très socialisantes, mais elles leur demandent aussi des efforts pour aller vers l'autre. Il ne faut pas attendre, ça n'existe pas la relation à sens unique. Si tu veux une relation avec l'autre, il va falloir que tu te montres aussi réceptif. Donc voilà tout ce qui se passe pour la première partie et je dois en oublier, mais bon on y reviendra si j'en oublie. Deuxième séance on y intègre des exercices, alors c'est assez varié.

- **Deuxième partie de séance du coup ?**

Deuxième partie de séance, c'est là où on commence vraiment à intégrer des exercices qui ont chacun des objectifs spécifiques qu'on aura définis à l'avance puisqu'on prépare bien nos séances en fonction des profils des patients et en fonction de nos objectifs pour eux. Il y a des jeux d'affirmation de soi, il y a des jeux qui font travailler plus l'imagination, il y a des jeux qui font travailler plus la diction ou l'attitude, il y a des jeux qui favorisent la confiance, qui travaillent autour de la confiance, la confiance qu'on peut donner à l'autre. Ceux-là ils sont assez sympas puisque ça demande de prendre soin de l'autre et d'accepter qu'on prenne soin de soi. Les jeux de guidage, là on est à l'aveugle ... Guider quelqu'un qui a les yeux fermés, qui a peur de ça. Il va falloir qu'ils se prennent un peu en main et qu'ils sécurisent la personne qu'il guide. Donc c'est des séances qui leurs demandent toujours d'être acteur donc c'est en ça que c'est de l'ergothérapie parce que c'est eux qui font, c'est eux qui expérimentent, c'est eux qui sont obligés de se montrer rassurants et à la fois quand eux ils se font guider la première notion de lâcher-prise arrive et là ils sont obligés de faire confiance à l'autre. Souvent ce n'est pas facile, ce n'est pas facile et pour autant c'est indispensable de pouvoir avoir confiance en l'autre en se recentrant sur son corps et encore une fois en se déconnectant de son mental quelques minutes. Donc c'est des exercices qui sont un petit peu longs pour certains, mais comme c'est un groupe il y a toujours un peu d'émulsion. Voilà ils se rendent compte que comme chacun donne le meilleur de soi, je n'attends pas de résultats, je ne demande pas une performance, je demande que chacun se donne les moyens et quand on voit que son voisin se donne les moyens même s'il est tout timide, même s'il n'y arrive pas vraiment, le fait de savoir que l'autre s'investit ça donne envie à l'ensemble du groupe de s'investir. À l'inverse, s'il y en a un qui est réfractaire et qui ne veut pas jouer le jeu, là on va avoir un problème parce que ça a un impact sur le groupe, mais après c'est intéressant de le retravailler avec lui.

- **Ouais ouais je comprends ce fait là.**

Ouais tu visualises ?

- **Oui oui carrément c'est logique.**

Ce qui est intéressant dans cette activité-là c'est que ça mobilise l'ensemble des membres du groupe qui sont à chaque fois acteurs, pas tous en même temps, parce qu'il y a des exercices où c'est chacun son tour, mais à un moment donné il y a une émulsion, il y a une dynamique de groupe qui arrive ça favorise la cohésion de groupe, ça favorise l'implication du groupe et à ce moment-là on a un groupe qui est en train de mûrir, le groupe est en train de murir et il est en train de se développer donc ça, c'est intéressant.

Dernière partie de séance c'est celle qui concerne la méditation du rire ou le rire collectif, le fou rire collectif où là on a vraiment la notion de lâcher-prise. C'est l'aboutissement de la séance donc c'est impossible de commencer par la méditation du rire, c'est vraiment l'achèvement de la séance, on a stimulé le rire, la confiance, l'expérimentation tout au long de la séance, et à ce moment-là se passe ou se passe pas, mais souvent ça se passe, le lâcher-prise où on utilise le yoga du rire qui est du rire forcé. Le rire forcé est efficace dans la mesure où le cerveau ne fait pas la distinction entre un rire forcé et un rire spontané donc les bienfaits du rire sont les mêmes. Comme ils se sont lâchés et qu'ils ont déjà fait des expériences, ils ont plus à même de pouvoir le réaliser correctement parce que c'est quand même un exercice ultra compliqué. On te demande juste de forcer à rire donc ce n'est pas du tout naturel de se forcer à rire en plus pour le coup ça expose beaucoup parce qu'on a tous des rires un peu spéciaux et l'idée c'est d'en faire une force voilà que chacun puisse rire, que chacun puisse se différencier à travers ces rires pour pouvoir assumer qui on est finalement et ça se passe par terre. Le fait d'être par terre on est plus centré sur son corps.

- **Je l'ai toujours fait debout**

Ah bon ?

- **Avec XXX, on le faisait toujours debout oui**

Comment ça se fait qu'il ne se mette pas par terre ? Allongé non ? Il ne s'allonge pas ? Mais vous êtes combien, vous êtes de trop ?

- **Non on est était debout et on n'était pas beaucoup durant cette période, mais on était debout.**

Ah bon ? Il y a plusieurs variantes, encore une fois on verra en fonction de l'animation. Par terre, allongé, on fait du yoga du rire et on attend de voir ce qui se passe sachant que c'est un exercice où on ne parle pas parce que dès qu'on parle on se reconnecte avec son mental donc là c'est foutu. Donc on ne parle pas et on laisse venir ou pas le rire qui vient en nous. Sachant que le rire est communicatif, d'accord, qu'en rigologie on rit avec les autres et pas des autres, ça fait partie des consignes initiales. Finalement on se rend compte que c'est contagieux, que ça se diffuse, et souvent il y a des fous rires qui se passent. Pour celui qui ne rit pas, ce n'est pas du tout un problème, ce n'est pas une fin en soi, on ne fait pas toute la séance pour avoir un fou rire. On fait une séance pour pouvoir bénéficier des bienfaits de la séance. Quand on finit par avoir un fou rire, le rôle relaxant, antalgique du rire est décuplé je dirais, mais quand on n'a pas de fou rire, on est quand même avec le groupe on a l'effet relaxant qui arrive quand même.

- **Ça ne peut pas être frustrant pour la personne ?**

Non sauf s'il en a fait un cheval de combat et que c'est absolument son objectif, mais là encore une fois ça va être le rôle de l'animateur, on n'est pas dans une performance, ce n'est pas grave. La méditation, elle permet un fou rire collectif, mais ce n'est pas l'objectif. Moins tu leur mets de pression plus ils se lâchent, plus il se lâchent et plus ils auront de fous rires. Toi, c'est ton objectif, mais encore une fois ils ne sont pas tous au même stade de la maladie et il y en a qui ne sont pas ouverts à ça, mais ils sont réceptifs c'est déjà gagné en fait, ça dépend de l'avancée de leur prise en charge et de l'intensité de leur maladie.

- **Oui et puis du nombre de séances qui a été réalisé avant peut-être aussi ?**

Voilà, si c'est leur première séance, qu'ils viennent juste d'avoir l'introduction d'un nouvel antidépresseur il faut attendre quand même 3 semaines avant que ça fasse effet. Il pourra profiter de l'avancée en fonction de sa thérapie. Un patient qui va mieux grâce au traitement il sera plus accessible pour pouvoir faire des activités pleinement. Et avant de la finir parce que ça c'est le dernier exercice, on ouvre les yeux et on termine par une météo finale, c'est la même consigne qu'au début « En un mot, là, tout de suite, maintenant, comment vous vous sentez ? »

- **Ca nous permet d'avoir un retour...**

... Voilà comme ça, on a une petite évaluation de début et de fin et eux aussi. Parce que le patient dépressif a une belle tendance à se dévaloriser constamment, mais il va quand même se rendre compte dans la plupart du temps que : « Ah ouais ça va mieux, je suis moins fatigué, je me sens plus détendu, je me sens plus heureux... » et donc finalement ils se rendent compte que ça leur a fait du bien, mais il faut qu'ils passent par cette phase de verbalisation pour qu'ils en prennent conscience parce que c'est un travail sur eux qu'on leur demande. La réponse elle doit venir d'eux tout le temps, tout le temps, tout le temps donc là c'est ce qu'on retient dans les séances d'ergothérapie. Nous on les accompagne, mais c'est à eux de faire le boulot donc de pouvoir dire : « Comment je me sens ? Mieux, bien c'est vrai je me sens bien ».

- **Ouais de le verbaliser quoi ?**

Tant que ce n'est pas verbalisé, on n'est pas sûr que ce soit vraiment acté dans leur tête.

- **Ouais ouais je comprends, le fait qu'ils cherchent leurs mots et de le verbaliser**

Ils se recentrent sur leur ressenti, ça permet aussi de les recentrer sur leur corps avant de terminer puis ça permet de bien clôturer la séance au même titre que ça permet de la commencer donc ça donne une structure à la séance, pour eux ça donne des repères. On a des repères temporeux, spatiaux et aussi on a des séances qui sont structurées par des choses qu'ils retrouvent et ça les rassure. Ils ont compris que là c'était fini. On finit toujours pas une note positive donc c'est ça qui est intéressant, on commence par quelque chose de négatif et on finit par quelque chose de positif. Le cheminement, ils l'ont expérimenté et ils en concluent par eux-même que ça leur fait du bien.

- **Ok, ouais très bien je comprends.**

C'est clair ?

- **Ouais de l'avoir déjà vu forcément oui**

Ah bah c'est indispensable

- **Même si ça fait un an, je l'ai encore dans la tête.**

Après les séances de rigologie sont préparées à l'avance par les ergothérapeutes, le mieux c'est d'être deux. Comme toute séance de groupe, c'est mieux d'être deux.

- **Oui un animateur, un co-animateur.**

Après l'animateur peut passer co animateur dans certains exercices et inversement.

- **Et du coup, le mieux, c'est que ce soit deux ergothérapeutes ou pas d'importance ?**

Le mieux c'est de travailler ensemble dans la préparation et dans le débriefing. On prépare la séance, on l'anime et on la débriefe. Donc ça peut se traduire à travers les écrits professionnels et c'est au moment des débriefings qu'on analyse les exercices qu'on a proposés si ils étaient pertinents, s'il faut les améliorer. Donc au niveau de la matière, on réajuste sa pratique, mais on réajuste aussi sa manière d'animer par le retour du collègue : « Là c'était bien, mais il aurait fallu que tu laisses plus de temps tu as pris trop de place », « Là tu l'as un peu trop cherché, tu l'as mis en difficulté attention », « Là tu l'as cherché, je n'aurais pas osé et pourtant ça a marché ».

- **Oui des fois on ne le voit pas de nous même donc l'œil extérieur est important.**

Bah oui et c'est pour ça que d'être deux quand il y en a un qui dit « Mais si Mr X allez » et qu'on ne se rend pas compte, le co-animateur va dire « On va faire autrement ». Donc il faut absolument être deux pour tempérer parfois ou au contraire stimuler. Donc on prépare, on anime, on réajuste nos exercices et notre manière d'animer pour pouvoir toujours s'améliorer dans ce que l'on va proposer. Donc l'animation elle peut se faire par deux ergos, un ergo et un infirmier, un ergo et un psychologue, un ergo et un autre professionnel de la santé. Si et seulement si c'est préparé et animé à deux. Ce n'est pas vraiment ce que l'on a pu mettre en place jusqu'à présent. Nous on était référent et un professionnel venait pour la séance, participait à la séance, mais n'était pas dans la position d'animateur ou de co animateur.

- **Oui quelqu'un venait juste lors de la séance, mais ne faisait pas forcément de débriefing et ne préparait pas du tout.**

Non voilà il n'était pas dans l'animation, il était dans le soutien alors ça apporte une dynamique de groupe c'est pas mal. C'est toujours mieux d'être deux, à défaut c'est mieux d'être deux. Le professionnel à la limite ça a moins d'importance, même un autre professionnel ça peut toujours être enrichissant d'avoir un autre regard si ça se fait, si l'autre travail avec toi. Après l'approche, la manière dont un ergothérapeute va animer va toujours être en lien avec les objectifs qui seront fixés avant parce que chaque exercice à un objectif spécifique vers lequel on va tendre. L'objectif ce n'est pas d'atteindre l'objectif, mais en tout cas d'y tendre avec une animation dont les règles sont bien définies à l'avance pour tout le monde donc ça joue un rôle de réassurance et ça pose un cadre direct, d'accompagnement donc on les accompagne, à aucun moment on fait à leur place où on fait passer leur tour ça, ça n'existe pas. C'est comme au Dixiludo :

- *Patient* : « Je ne veux pas répondre. »
- *Thérapeute* : « Je ne sais pas de quoi vous parlez ».

Ca n'existe pas, ce n'est pas une réponse moi j'attends une réponse et bien c'est pareil moi j'attends que le patient fasse :

- *Patient* : « Je ne fais pas. »
- *Thérapeute* : « Oui, mais il va falloir que vous fassiez quelque chose. »

Donc on ne juge pas le résultat, mais encore une fois on les accompagne dans leur démarche avec bienveillance, non-jugement ... respect du rythme de chacun ... avec nous aussi le fait que l'on participe à la séance parce qu'on donne les consignes, mais on y participe aussi ça permet ... ça donne le droit à l'erreur parce que nous aussi on se trompe. Le fait de donner que des consignes et de ne pas participer, on ne s'expose pas et là c'est un peu plus compliqué pour eux de s'exposer parce qu'ils partent du principe qu'ils ne savent pas bien faire. Nous, on fait, on se trompe et tant mieux parce que nous aussi on se trompe et c'est normal en fait qu'on se trompe puisqu'on est dans le jeu.

- **Oui l'erreur est humaine.**

Voilà on est naturel, on est des humains ce n'est pas parce qu'on n'est pas dépressif qu'on n'a pas le droit de se tromper et puis ça désacralise un peu le référent, l'ergothérapeute. Le soignant il n'est pas...

- **Oui ce n'est pas l'ergo qui donne les consignes et le patient qui fait seul.**

Voilà, tu gagnes en légitimité dans les conseils et au moins tu sais ce qu'ils ressentent parce que tu connais les exercices parce que tu les as faits avec eux donc tu gagnes en légitimité quand même dans tes retours.

- *Patient* : « Ouais, mais c'est dur. »
- *Thérapeute* : « Je sais que c'est dur je suis en train de le faire. Pour moi c'est facile, mais cet exercice-là pour moi c'est dur, pour toi c'est l'inverse. »

Donc aussi accepter qu'ils ont des compétences dans certains domaines et moins dans d'autres. Faire face à leurs limites et à leurs capacités parce qu'ils adorent faire face à leurs incapacités c'est le boulot de la dépression : voir que les incompétences. Notre boulot c'est de travailler sur les ressources et de leur faire prendre conscience de mobiliser ces ressources pour travailler sur le positif, sur les compétences à développer.

- *Patient* : « Ouais, mais ça j'y arrive pas. »
- *Thérapeute* : « Oui bah tu ne peux pas être bon partout ça n'existe pas, c'est normal ou alors tu es un dieu. Moi je ne suis pas bonne partout. »
- *Patient* : « Oui, mais vous animez bien. »
- *Thérapeute* : « Oui c'est mon travail, Quel est votre travail ? »
- *Patient* : « Électricien. »
- *Thérapeute* : « Voilà tu me mets face à l'électricité, je te fous ta maison en feu. »
- *Patient* : « Ah ouais c'est vrai. »

Ca leur faire prendre conscience qu'on ne peut pas tout réussir. Puis, vraiment quand ils sont trop centrés sur leurs ruminations ou sur leur état dépressif on remet l'enjeu :

- *Thérapeute* : « Ok vous n'arrivez pas à fermer les yeux pendant une séance... D'accord est-ce que vraiment c'est grave ? Qu'est-ce que ça peut faire ? Ce n'est pas grave, moi ce qui m'intéresse c'est que vous essayez, ça ça me sert ».
- *Patient* : « Je n'arrive pas à fermer les yeux »
- *Thérapeute* : « Oui bon concrètement ça ne change rien à votre vie d'accord ? »

Donc des fois les enjeux, ils en font un enjeu capital, on parle juste de sortir un mot un peu fantaisie, un peu fou, en fait c'est rien. C'est comme en ergothérapie :

- *Patient* : « J'ai raté ma pyrogravure j'y arriverai à plus rien. »
- *Thérapeute* : « Non attendez c'est une pyrogravure c'est tout, déjà c'est moche toujours et puis en plus ce n'est pas grave ! Une pyrogravure c'est bon vous ne jouez pas votre vie quoi ! »

Donc, ça leur permet de prioriser un peu les choses, parce qu'il y en a certains qui n'ont pas la notion de priorité, tout est une priorité, tout est un enjeu vital, non. Et là ils se disent : « Ah ouais ». L'idée donc de l'ergothérapie c'est de pouvoir transférer ses ressources à l'extérieur. L'idée c'est de se rendre compte que parfois d'oser, on gagne en assurance, on gagne dans la relation à l'autre, on gagne dans l'estime de soi et que souvent on a plutôt intérêt d'essayer que de ne rien faire et si on se trompe finalement on est quand même content d'avoir essayé. On est de toute façon toujours dans une dynamique plus positive même si on se trompe que lorsqu'on ne se trompe pas, dans la mesure où il n'y a pas d'enjeu vital.

- *Patient* : « Oh j'n'ai pas réussi à remplir le papier là, je n'ai pas réussi à dire ça au médecin... »
- *Thérapeute* : « Ok, et bien vous trouvez un autre moyen.. »

Prioriser l'importance des choses, c'est une manière de dédramatiser.

- **Oui il y a pire dans la vie, relativiser**

Ouais relativiser, dédramatiser, prioriser et c'est souvent ce que l'on retrouve à la méditation du rire :

- *Patient* : « Je n'ai pas réussi à avoir de fou rire. »
- *Thérapeute* : « D'accord, mais il ne faut pas que vous reteniez que ça de la séance. »

Des fois, ils se centrent sur une chose et c'est le problème du dépressif. Ils se centrent que sur leurs souffrances et leurs incapacités donc l'idée c'est d'apporter une nouvelle dimension pour qu'ils aient une vision globale des choses. Le fait de dire :

- *Patient* : « J'ai pas réussi à rire, j'ai pas réussi à rire à la fin. »
- *Thérapeute* : « Ca c'est une vision un petit peu restrictive. Ce qui serait bien c'est que vous ayez une vision que vous me donniez moi une vision globale. »
- *Patient* : « Ah !! ouais c'était bien. »

Parce que souvent ils disent :

- *Patient* : « J'ai vraiment eu une journée pourrie. »

- *Thérapeute* : « Une journée vraiment pourrie pourrie pourrie ça n'existe pas il y a toujours un moment bien, donnez-moi un moment bien. »

Ils cherchent, ils cherchent parce que leur dépression les centre toujours sur ce qui est négatif et dire :

- *Patient* : « Ah oui si j'ai eu la visite de ma fille que je n'ai pas vue depuis 3 semaines. »
- *Thérapeute* : « T'avais oublié ça tellement que ta dépression t'emmène vers des choses négatives. »

Donc là, l'ergothérapeute il doit toujours se centrer sur ses compétences, sans pour autant mettre de côté leurs souffrances parce que c'est très important d'être empathique, de ne pas minimiser ni banaliser ce qu'ils ressentent, mais pour autant l'ergothérapeute n'est pas là pour pleurer avec eux, mais il est là pour essayer d'emmener un peu de soleil et de les attirer vers leurs ressources pour qu'ils puissent en avoir conscience.

- **Oui oui, je comprends très bien.**

Mais encore une fois c'est leur maladie qui veut ça et la thérapie au même titre que les antidépresseurs c'est d'atténuer ces ruminations et de les amener à être eux-même et donc leur permettre de se rendre compte.

- *Patient* : « Ouais, mais là... »
- *Thérapeute* : « Oui c'est normal, ça c'est votre dépression qui veut ça. »

Souvent ils se trompent. Ils se trompent entre ce que eux ils sont et eux malades. Et ça c'est insupportable.

- *Patient* : « Mais moi je suis comme ça. »
- *Thérapeute* : « Non vous êtes comme ça quand vous êtes malade, mais quand vous n'êtes pas malade vous n'êtes pas comme ça. »
- *Patient* : « Oui c'est vrai parce qu'avant je riais, avant j'avais de l'humour, avant j'aimais bien être avec les gens, avant j'étais dynamique... »

- **Bien faire la différence entre les deux...**

... Et donc ça veut dire qu'ils sont obligés d'accepter qu'ils sont malades et qu'ils ont besoin d'aide et que l'aide elle passe en étant acteur, pas juste en prenant des médicaments et c'est en ça qu'on est complémentaire du traitement médicamenteux parce qu'avec le traitement seul, ils iront un peu mieux, mais bon ils ne sauront toujours pas ce qu'ils sont capables de faire. La rigologie seule, ça ne suffira pas, parce que ça ne sera pas assez accessible pour pouvoir accéder aux exercices. En plus des études ont montré que le traitement potentialise les effets de la rigologie sur l'état.

L'idée c'est de pouvoir diversifier à chaque séance les exercices pour viser un peu tous les objectifs. Alors des fois on peut se dire : « Mince peut être qu'il faudrait que je fasse une séance que sur cet objectif, que sur l'affirmation par exemple ». Si on fait ça on se décentre de la rigologie et ça ne devient plus une séance de rigologie, ça devient une séance d'affirmation de soi ou une séance de confiance en l'autre, ou une séance d'imagination.

- **Oui, mettons il y a certains ergothérapeutes qui prennent le théâtre en santé mentale...**

Il y a des jeux issus du théâtre, mais on ne va pas faire que ça, sinon ça va être une séance de théâtre. On peut des fois se poser la question : pour atteindre l'objectif de l'affirmation de soi, un exercice par séance ça fait un peu juste ? Alors déjà l'affirmation de soi, il y en a toujours un peu tout au long de la séance, certains sont très ciblés pour ça, mais faire une séance entière de ça c'est un peu décourageant parce que rapidement dans les exercices, je ne sais pas si tu as pu t'en rendre compte, comme ils ne sont pas tous à l'aise dans les mêmes exercices ou ne sont pas en difficultés dans les mêmes exercices ça risquerait d'en mettre certains trop en échec, et d'autres trop à l'aise et on perdrait l'homogénéité. La diversité des exercices permet l'homogénéité, permet la dynamique de groupe permet tout ça.

Alors après, les exercices ce n'est pas gênant de reprendre les mêmes, pas dans l'intégralité, mais reprendre des exercices d'une séance à l'autre. Ce n'est pas gênant de reprendre l'exercice d'affirmation de soi qui n'a pas été très concluant et qui mériterait d'être approfondi c'est bien de le remettre après parce que ça donne du sens : « Celui là vous vous souvenez de celui-là ? Voilà il était difficile hier parce qu'il était nouveau on va le refaire maintenant, maintenant qu'on se connaît mieux, maintenant qu'on a compris à quoi y servait, et cette fois on va le refaire » et le fait de le faire d'une séance à l'autre il y a eu une semaine qui s'est écoulée et en général c'est là qu'ils travaillent un peu quand même ... mentalement il y a des choses qui se passent quand même au niveau de l'intégration, de ce que ça apporte. Ils sont plus à même de pouvoir le refaire donc un exercice qui n'a pas trop bien marché on peut le reproposer après.

- **Comme le yoga du rire en soi, il peut être très difficile au début...**

Lors de la première séance, ça va être très difficile, après ça va être moins difficile et après ça va être facile. Donc ça n'empêche pas de le proposer un peu d'une même manière d'une séance à l'autre si on voit que cela pêche. Justement plus on va diversifier plus on va se rendre compte des choses sur lesquelles on va pouvoir travailler et voir un peu comment le groupe interagit.

- **Comment vous évaluer vos séances ?**

On n'a pas de grille d'évaluation, notre évaluation de la séance c'est la météo et nos observations. Notre évaluation c'est celle qu'on pourra faire dans les réunions cliniques où on a des retours des soignants. Ce qui est intéressant c'est le retour que les patients font des séances aux équipes ou aux autres patients et souvent c'est assez révélateur.

- **Est-ce qu'il y a des personnes, des médecins, des infirmiers, qui ont été réfractaires à la rigologie, qui se posaient des questions sur cette pratique au départ ?**

Oui, mais ce n'est pas propre à la rigologie, c'est propre à ce moment-là à l'ergothérapie. Ils vont alors se demander :

- « Qu'est-ce qu'on y fait là dedans ? Qu'est-ce qu'ils font ? Ils font de la vannerie ? Ils font quoi des groupes jeux cool ils font de la rigologie ? »

Souvent ceux qui sont réfractaires c'est ceux qui ont des aprioris c'est jamais ceux qui viennent. Et certains qui ont des aprioris que j'ai invités à venir se rendent compte qu'en faite ce n'est pas facile d'animer une séance, ils se passent pleins de choses

Voilà, après c'est plus la méconnaissance de l'ergothérapie, plus que la rigologie. Après c'est intéressant d'avoir leurs retours parce que souvent les patients mêmes si ils ont dit qu'ils se sentaient bien, souvent ça se ressent dans le service et j'ai des retours des médecins ou des professionnels qui me disent : « Oh bah il sortait de rigologie il était plus souriant, pour la première fois il a été voir un tel ». Donc ça, c'est notre évaluation en réunion clinique ou pendant les échanges informels. Et puis on le voit par rapport après au bouche-à-oreille. On a plein d'adhérents, les patients qui font la demande aux médecins parce qu'un tel leur en a parlé et que ça les intéresserait de venir. Donc le message qui est véhiculé, quand on en venait à « Est-ce qu'il y a des gens réfractaires ? » il y en a peu, puisque souvent les patients en parlent positivement, les patients ont un apriori plutôt positif. Oui, ils peuvent rire et c'est ça, ça dédramatise un peu la pathologie et c'est ça que certains ont du mal à comprendre et c'est pour ça qu'on a des reportages : « Comment on peut rire avec la dépression ? » Alors déjà on rit avec le patient, pas avec la dépression puisque le patient ne s'appelle pas dépression et le patient n'est pas fait que de dépression. Encore une fois ça stigmatise vachement.

Rire et dépression, certains peuvent se dire « Non, mais ils n'abusent pas un peu ? » C'est en ça que ça n'est pas évident d'emmener le rire. Pour ceux qui sont ouverts « Ok trop bien » et puis pour d'autres « Non, mais on est dans la pathologie et toi tu viens avec ton rire » « Ouais justement si tu veux vaincre la dépression et que l'on pleure tous ensemble on va bien rester au fond, tout le monde touche le fond là ! »

- **\*rires\* Oui je vois très bien ! Selon vous, qu'est-ce que la rigologie apporte pour des patients atteints de troubles de l'humeur ?**

Donc on n'a pas trop parlé de troubles de l'humeur donc troubles de l'humeur, ils sont ralentis donc les séances doivent être dynamiques. Ils se dévalorisent, baisse de l'estime de soi donc on travaille sur cela. Au niveau corporel ils sont beaucoup marqués donc là on travaille au niveau corporel et physique.

Moi, à travers les séances de rigologie, j'évalue un peu la manière dont ils reçoivent l'humour. Dans notre animation on peut amener un peu d'humour ou les patients eux-mêmes peuvent amener de l'humour. Et ça te permet de voir comment les autres sont réceptifs. Le dépressif mieux il va, plus il sera réceptif à l'humour. Plus il sera centré, plus à la moindre blague il va te dire « Ce n'est pas drôle ». Plus il va aller mieux, plus il va se distancer de sa maladie donc mieux il va répondre au traitement, plus il va mettre de la distance avec sa maladie et plus il sera ouvert et accessible un peu à l'humour. Accéder au second degré pour moi je me baserais dessus dans l'évaluation. C'est arrivé plusieurs fois dans mes observations et aussi observations médicales que je dise ou que le médecin dise : « Il va mieux, il est accessible à l'humour. » C'est un signe que le patient gagne en dimension de pouvoir accéder à une autre perception des choses. Prendre un peu de distance et ne pas se prendre trop au sérieux alors ça c'est un peu compliqué à amener dans le soin, mais amener un peu de distance et accéder à l'humour c'est un signe de meilleure santé et c'est avéré.

Le dépressif a aussi des troubles cognitifs. Plein de jeux font travailler ces troubles cognitifs par exemple « Dans ma valise il y a ... ». Toujours l'aspect ludique, le support ludique ça permet de faire baisser les résistances et ça permet de se prendre aux jeux et ça permet de travailler sans s'en rendre compte. Les ruminations, le fait que ce soit des exercices qui recentrent sur l'instant présent du coup ça t'éloigne de tes ruminations, qui dit ruminations, dit anxiété angoisse donc ça joue un rôle sur l'anxiété. Que tu rumines tu n'es pas bien, tu es anxieux parfois tu as des ruminations qui sont terribles donc du coup ça te fait angoisser, ça lutte contre l'anxiété parce que ça agit sur les ruminations et le médecin le dit très bien, avec la rigologie on baisse les antidépresseurs, on baisse les anxiolytiques donc ça agit sur l'anxiété et l'angoisse. En plus les angoissés ont un problème avec la respiration et ne respirent pas bien donc on les recentre sur leur manière de respirer, mais ce n'est pas des séances de relaxation. Le rire joue un rôle relaxant et antalgique, je n'ai pas dit que c'était un doliprane ou de la relaxation, ça a un rôle relaxant. Donc ça demande de la part de l'animateur d'être un peu dynamique.

- **Oui, bien sûr \*rires\***

Si tu n'es pas un peu dynamique, il faut emmener du « pep's. »

- **J'ai pu en animer des bouts enfin deux débuts de séances et malgré que je sois dynamique de base j'ai pu voir que c'était difficile, donc voilà tout le monde ne peut pas le faire.**

Il faut peut-être avoir une personnalité un peu vive. Je pense que chacun peut le faire à sa manière, mais il faut aller les chercher, faut les dynamiser, amener un peu de sourires. Après on est tous différents, mais..

- **.. Oui c'est ça que je voulais vous demander, est-ce que chaque ergo pourrait le faire ?**

Oui je pense que oui oui.

- **Parce qu'on a les capacités pour, mais..**

Parce que même si on est moins dynamique, après moi j'ai cru comprendre que j'étais à un niveau un peu « haut » donc à la limite c'est pas grave si on n'est pas aussi dynamique ce n'est pas un pré requis indispensable. Moi je sais que ça marche parce que je suis comme ça, mais je pense que si l'on est moins ça peut marcher aussi. Mais c'est sûr que si on ne rit pas fort c'est moins contagieux c'est tout après ce n'est pas un pré requis, je ne pense pas. C'est comme dans toute activité, moi je vais animer le Dixiludo de telle manière, une autre va être complètement différente et pour autant ça va très bien marcher. Le fait d'avoir un rythme entre les exercices ça dynamise. Il faut être un peu convivial.

**Après je pense qu'en tant qu'ergo c'est presque une compétence qu'on devrait avoir ou qu'on doit avoir, c'est un travail très humain donc si on n'est pas convivial c'est compliqué.**

Après tout le monde ne se sent pas de faire ça, mais tous les ergos qui iront là-dessus seront bien puisque c'est sur la base du volontariat.

**Suite au second entretien, réalisé par téléphone :**

- **Suite au précédent entretien, je me suis rendu compte qu'il me manquait des éléments, j'aurais trois questions à vous poser.**

D'accord.

- **Du coup, je voulais vous demander, qu'est-ce que la rigologie a de complémentaire par rapport aux ateliers créatifs, aux groupes de parole, ou aux autres ateliers que l'on retrouve en santé mentale ?**

Elles se complètent parce qu'on ne travaille pas (...) Par rapport à un groupe de parole, c'est plus avec une psychologue déjà d'une part, on va dire groupe de conversation. La conversation est plus ciblée vraiment sur les compétences conversationnelles par rapport au contenu, par rapport au débit, relationnel aussi, mais c'est vraiment ciblé plutôt sur le contenu. Alors que la rigologie, ça participe plus à l'affirmation de soi parce que là on est plus en situation d'acteur et on s'expose plus à travers le corps je dirais alors il y a des exercices où on travaille (...) oui je dirais plus l'affirmation de soi et on s'expose plus donc il faut être complémentaire dans la prise de position c'est vraiment psychocorporel. Pour le coup, on travaille plus au niveau du corps et la relation à l'autre n'est pas au niveau de la conversation, mais au niveau corporel, du toucher, de la confiance qu'on peut donner à l'autre, en sécurité pour certains jeux et puis on s'expose face au groupe d'une autre manière.

- **Ok très bien ! Quelles compétences ou connaissances que l'on a eues pendant notre formation à l'école, que ce soit en stage ou en cours, peut-on utiliser ou sont nécessaires ? Qu'est-ce qu'on a pu voir en cours qui peut être nécessaire lors de la rigologie ?**

Déjà, la connaissance des pathologies c'est indispensable pour ton cas. Si on se cible sur les symptômes dépressifs, il faut bien les connaître pour pouvoir appréhender la personne et prendre en compte son état psychique du moment. Si elle est ralentie à ce moment-là, on va comprendre pourquoi elle est ralentie et on va lui en demander en fonction de ça. Nos exigences vont s'adapter à son niveau pathologique donc il faut quand même connaître les pathologies pour adapter les exercices. Les techniques d'animation, c'est important de pouvoir se mettre en tant qu'animateur référent dans la mesure où on met un cadre thérapeutique et on est garant des règles d'une part, mais on est garant du déroulement, on est garant aussi du fait de ne pas les mettre en échec. Ils s'exposent donc il faut arriver à les mettre en confiance et à leur proposer des exercices qui soient à leur portée alors pas trop faibles, mais suffisamment élevés pour qu'ils sortent de leur zone de confiance, pour qu'ils travaillent donc il faut vraiment s'ajuster à chacun. Il faut s'adapter à un individu d'un groupe c'est tout la difficulté de l'animation, donc des techniques d'animation et une maîtrise des exercices donc une connaissance de l'activité.

- **Ok, d'accord.**

Une connaissance de la méditation cognitive, une connaissance des pathologies, des connaissances en techniques d'animation (...) Je réfléchis (...) la connaissance des traitements aussi parce qu'il y a certains effets secondaires qui viennent des médicaments et c'est important de connaître les traitements qui leur sont administrés pour détecter si c'est pathologique ou si ça vient des traitements donc pouvoir après faire un retour au médecin pour qu'il puisse lui réévaluer et réajuster ses doses.

- **Ok, c'est bon pour moi.**

Pas mal (.....) Et puis aussi une connaissance des bilans même si on n'utilise pas de grille d'autonomie c'est bien quand même d'avoir en tête une grille de toutes les compétences qui sont mises en jeu en termes d'autonomie. Toujours avoir en tête toute l'autonomie qu'ils peuvent acquérir.

- **Ok très bien super. Du coup je finis avec ma dernière question. On a une petite initiation aux jeux psychocorporels à l'école, de 4 heures...**

... De quel type ?

- **Une initiation sous forme de TD.**

Ça se traduit comment concrètement ?

- **C'est un TD où on fait des sortes de jeux psychocorporels, je m'en souviens d'un en particulier parce que je l'avais revu en rigologie, mais on a ça en deuxième année et c'est vraiment très vague. Je sais que quand on nous l'a présenté, ce n'était pas très clair pour moi. Je me suis donc demandé si c'était pertinent d'avoir des cours, une initiation à la rigologie comme on a des cours de vannerie à l'école par exemple ?**

Pas en première année à mon avis.

- **Mais par la suite, ça peut-être par la suite.**

Oui je pense que ça permet de compléter, d'avoir une grille d'analyse avec une autre activité, ça permet d'aller chercher un peu dans différents domaines. L'initiation à la rigologie oui, mais une fois que toutes les autres activités sont passées je dirais parce que c'est assez particulier. Il faut quand même avoir un peu de recul sur l'activité pour arriver à prendre un peu de hauteur sur la séance donc ça, ça demande une certaine maturité déjà pour la formation. La preuve tu ne t'en souviens pas donc ça prouve qu'il faut quand même avoir une certaine gymnastique intellectuelle en tant qu'ergo, être déjà imprégné pour avoir une vision d'ergothérapeute. A mon avis, première année c'est trop tôt, fin de deuxième ça me semble pas mal.

- **Je me demandais ça parce qu'on a beaucoup de médiations plutôt créatives que nous apprenons à l'école, je parle pour les ateliers en santé mentale, avec la vannerie avec Mme Launois on fait de la craie grasse et (...)**

Du collage vous faites non ?

- **Non on n'a pas fait de collage, en tout cas pas notre année. En tout cas ça restait très porté sur du créatif à part le Dixiludo qui nous a été présenté ça restait beaucoup sur du créatif alors qu'il y a d'autres choses et c'est pour ça que je me demandais si c'était pertinent.**

Non je ne pense pas, déjà une activité en santé mentale c'est un peu spécifique on traite plus le psychique donc il faut (...) Déjà le créatif suffit à parler pour vous de voir vraiment tout ce que ça met en jeu.

- **Oui si on n'a pas été confronté à des patients atteints de troubles psychiques c'est sûr.**

Parce que c'est créatif, oui il y a des activités qui travaillent un peu l'imagination, mais on travaille plus le lâcher priser que la créativité en fait.

- **Oui oui.**

Donc ce n'est pas vraiment une activité de créativité.

- **Pour heu.....**

On ne crée pas grand-chose.

- **Ah non non non, mais je ne parlais pas en rigologie bien sûr. Non je disais que tout ce qu'on avait vu c'était beaucoup d'activités créatives et qu'il n'y avait pas d'activités corporelles.**

C'est pour ça que ça sera intéressant, mais c'est prévu normalement, pouvoir l'intégrer dans les nouvelles médiations pour avoir un panel encore plus riche et pour vous montrer qu'en fait on peut tout faire.

- **Oui oui exact, là par exemple je sais qu'en fin d'année, je vais avoir un cours de relaxation et d'hypnose et un cours de sophrologie alors voilà ce n'est pas de la rigologie, mais ce n'est pas du créatif. Et c'est ça qui est bien parce que ça nous montre une autre palette, mais on n'a pas de rigologie d'où ma question.**

Oui on y travaille.

- **Parfait très bien ! J'ai eu réponse à mes questions. Je vous remercie pour votre temps accordé.**

**PROMOTION** : 2016 - 2019

**NOM Prénom** : VIRY Corentin

**TITRE DU MEMOIRE** : L'apport de la rigologie dans la prise en soin en santé mentale

**RESUME** : La rigologie, qui utilise le corps comme médiation dans le développement de la joie de vivre, n'est pas une activité thérapeutique en soi. Suite à un stage réalisé en santé mentale dans le cadre de notre formation, nous avons découvert la rigologie. Grâce à l'apport de connaissances théoriques concernant cette pratique psychocorporelle et les différentes médiations utilisées par l'ergothérapeute en psychiatrie, nous nous sommes alors demandé en quoi la rigologie apporte un atout dans la prise en soin ergothérapique dans ce secteur. Pour cette étude, nous nous sommes limités à la population atteinte de troubles de l'humeur. Afin d'y répondre, nous avons réalisé des entretiens semi directifs avec des ergothérapeutes utilisant cette médiation dans leur prise en soin. Il en ressort que la rigologie est une activité ludique et accessible qui permet à l'ergothérapeute une flexibilité dans la prise en charge.

**MOTS CLES** : Rigologie – Troubles de l'humeur – Ergothérapie – Santé mentale – Prise en soin – Thérapie psychocorporelle - Médiation

**TITLE** : The Benefit of « Rigologie » in Mental Care

**ABSTRACT** : « Rigologie » uses human body as mediator aiming at develop « joie de vivre », is not a therapy per se. Following an intership in mental health, this notion of « rigologie » imposed itself. Thanks to theoretical contributions in this psychocorporeal practice, and different mediations used by occupational therapists in psychiatry, our goal was to see in what « rigologie » might be a beneficial asset of care in occupational therapy. Consequently, this study analyzes the population affected by mood disorders. Consequently, I carried out semi-directive interview with occupational therapist who employ this care method. It follows that « rigologie » is a playful and accessible activity that allow occupational therapists to be flexible in their care.

**KEY WORDS** : Rigology – Mood disorders - Occupational Therapy – Mental health care – Psychocorporeal therapy - Mediation

**MAITRE DE MEMOIRE** : ARNOULD Jacques