
Se mettre en scène pour sortir de la phobie scolaire

L'utilisation du théâtre en ergothérapie dans la prise en charge du
Refus Scolaire Anxieux

Mémoire d'initiation à la recherche
Présenté pour le Diplôme d'État d'Ergothérapeute
Session de Juin 2020

Baptiste Dubois

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

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

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

Le mémoire peut être :

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

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

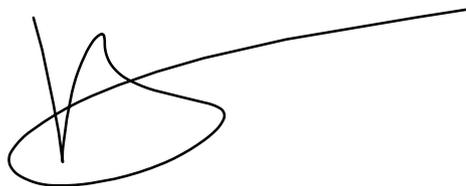
Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

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

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

A Créteil, le 28/05/2020

Signature :

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'D' and 'B' followed by a long horizontal stroke.

DUBOIS Baptiste

Note aux lecteurs

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné.

Remerciements

Je voudrais dans un premier temps remercier mon maître de mémoire, Mme Hélène Faure pour sa disponibilité, son soutien et ses précieux conseils tout au long de la construction de ce mémoire de recherche. Son exigence m'a grandement stimulé.

Je tiens également à remercier l'ensemble des ergothérapeutes pour le temps qu'ils m'ont accordé lors de la réalisation des entretiens dans un contexte sanitaire et social compliqué, ainsi que pour leurs conseils et leurs bienveillances.

Je remercie tout particulièrement l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation d'Ergothérapie de Créteil pour leur implication sans faille. Ces trois années de formation riches en apprentissages m'ont fait grandir sur le plan professionnel, mais aussi personnel.

Merci à mes camarades de classe qui ont grandement contribué à la réussite de cette reconversion professionnelle.

Un merci tout particulier à Jonathan, Anne-Myriam, Elodie, Anatole, Antoine, Alexandre, Sonia, Lana et Angeline qui ont égayé ces 3 années.

« Les gens comme vous si on ne fait rien pour les soigner, ils finissent seuls chez eux dans le noir et ils ne sortent plus. »

Maëva Muratori, Mémoire d'une angoissée guérie d'une phobie scolaire

Sommaire

Introduction	1
Situation d'appel	1
PARTIE A : CADRE CONCEPTUEL	4
1. Le refus scolaire anxieux	4
1.1. Le refus scolaire anxieux : une pathologie complexe.....	4
1.2. L'estime de soi : un symptôme du RSA	9
1.3. Les conséquences d'une faible estime de soi chez les patients RSA.....	11
2. Le parcours de soin des adolescents souffrant de RSA	12
2.1. Les différentes formes d'hospitalisation	12
2.2. Une prise en charge pluridisciplinaire	13
2.3. L'ergothérapeute : un rôle clé auprès des adolescents RSA	14
2.4. Les 3 axes de prise en charge	19
3. La médiation théâtrale	21
3.1. Les caractéristiques de la médiation théâtrale	21
3.2. La médiation théâtrale en ergothérapie	25
1.1. La médiation théâtrale auprès d'adolescents souffrants de RSA	26
Problématique et hypothèse	28
PARTIE B : CADRE EXPÉRIMENTAL	29
1. Méthodologie d'enquête	29
1.1. Objectifs.....	29
1.2. Population	29
1.3. Méthode de collecte de données.....	30
1.4. Limites et critique de l'outil.....	32
2. Résultats et analyse	32
2.1. Présentation des résultats.....	32
2.2. Analyse transversale des résultats	38
3. Discussion	44
3.1. Retour sur l'hypothèse	44
3.2. Mise en relation avec la littérature	45
3.3. Limites de l'étude	49
3.4. Implication thérapeutique.....	50
Conclusion	52
Bibliographie	53

Introduction

Le refus scolaire anxieux (RSA) est à la croisée des préoccupations des politiques d'éducation et de santé publique. Selon plusieurs études, en France, le refus scolaire anxieux toucherait environ 2 à 5 % de la population en âge scolaire (Holzer L., 2006 ; Girardon N., 2009 ; Galle-Tessonneau M., 2017). Ce phénomène renvoie autant à des facteurs sociologiques, scolaires, qu'à des questionnements sur la psychopathologie individuelle et le fonctionnement familial. Plus communément nommé « phobie scolaire » au sein de la société, le RSA est un trouble complexe dont l'incidence est en augmentation. En effet, le refus scolaire anxieux est devenu un motif de consultation de plus en plus important en pédopsychiatrie. Pour Rey, le refus scolaire anxieux pourrait être le nouveau « *symptôme culturellement déterminé* » (Rey Y., 2001, p. 135) comme cela a pu être évoqué pour l'anorexie mentale à la fin du XX^e siècle.

Les controverses sur la nomenclature et les difficultés à s'accorder sur une définition précise soulèvent des débats importants, en pédopsychiatrie, autour de la psychopathologie et des traitements du refus scolaire anxieux. Si les auteurs s'accordent pour dire que favoriser l'autonomie et permettre une rescolarisation rapide des adolescents sont des éléments indispensables pour limiter les conséquences, la place de l'ergothérapeute est encore peu décrite. Ce travail de recherche a donc pour but de comprendre comment l'ergothérapeute peut s'inscrire dans un processus de rescolarisation auprès de ces adolescents.

Dans un premier temps, cette étude présentera la démarche méthodologique puis le cadre conceptuel. Au sein de ce cadre, le refus scolaire anxieux sera présenté ainsi que ses modalités thérapeutiques. Dans un second temps, les objectifs d'enquête, le cadre expérimental et les résultats obtenus seront développés et analysés. Pour finir, une discussion des résultats sera effectuée à la vue de la littérature.

Situation d'appel

La rédaction du mémoire est un élément incontournable dans la concrétisation de la formation d'un étudiant en ergothérapie. Pour chacun, il est l'occasion de mener une recherche professionnelle à partir d'un questionnement personnel sur un thème laissé à la discrétion de l'étudiant. Souvent issu d'une expérience de stage, ce thème peut aussi être originaire d'une interrogation personnelle. C'est dans cette deuxième optique que s'est construit mon mémoire.

Dans un premier temps, je me suis questionné sur des sujets liés aux problématiques de l'adolescent qui est une population à risque sur le plan psychiatrique. J'ai commencé à réfléchir autour des problématiques de construction identitaire présente à l'adolescence, sujet qui m'interpellait personnellement. Mais ce n'est qu'après avoir visionné le reportage de l'émission Infra-Rouge sur France 2 intitulé « **Phobie Scolaire, le mal de grandir** » que mon mémoire a pris un virage important. Dans ce reportage diffusé le 14 mai 2019, nous pouvions suivre un groupe d'adolescents souffrant de phobie scolaire pris en charge dans un hôpital psychiatrique infanto-juvénile. J'ai été particulièrement surpris par l'impact de cette pathologie chez ces jeunes. Moi qui connaissais le terme de « phobie scolaire », je ne pensais pas que l'incidence était si forte sur le terrain et que les conséquences pouvaient être aussi dramatiques. En visionnant ce reportage, j'ai été étonné également par les types de prise en charge et le rôle des différents intervenants auprès de ces jeunes. Le reportage faisait une large place aux infirmiers et aux éducateurs pour atteindre un objectif commun : le retour à une scolarisation en milieu ordinaire. Pour cela, ils agissaient aussi bien au niveau de la réinsertion scolaire par un accompagnement progressif au retour à l'école qu'au niveau de la réadaptation par l'utilisation de médiations thérapeutiques.

Tout au long de notre formation d'ergothérapeute, nous avons été sensibilisés à l'accompagnement des patients dans un processus de réinsertion et de réadaptation. En effet, le rôle de l'ergothérapeute va bien au-delà de la rééducation des patients, mais s'inscrit dans un projet global de reconstruction et de réinsertion. Il paraît donc évident qu'il peut avoir une place dans l'accompagnement de ces adolescents. Je me suis donc posé les questions suivantes : pourquoi ne parle-t-on pas d'ergothérapie au sein de ce reportage ? Est-ce que des ergothérapeutes interviennent auprès de cette population ? Si oui, quels sont leurs rôles et comment interviennent-ils ? Pour répondre à ces questions, j'ai décidé de mener une préenquête au cours de l'été 2019.

Tout d'abord, j'ai commencé par répertorier des centres prenant en charge ces adolescents. Au total, j'ai contacté 6 instituts de référence différents (Centre Médico-Psychologique Infanto-Juvenile et Maison des Adolescents). Sur ces 6 centres, j'ai obtenu deux réponses positives quant à la présence d'un ergothérapeute, une réponse négative et les trois autres sont restées sans réponses. Des deux centres m'ayant répondu positivement, il en ressort plusieurs éléments intéressants à prendre en compte. En effet, les ergothérapeutes indiquent que les prises en charge sont majoritairement des séances de groupe. Les quelques séances individuelles se font au sein d'un atelier commun où tous les patients se côtoient, mais travaillent sur un projet personnel. Le but de ceci est de favoriser l'échange et la communication avec les autres jeunes de son âge et par conséquent de retrouver une entité au sein d'un groupe. De plus, les ergothérapeutes utilisent des médiations thérapeutiques diverses telles que la peinture sur soie, la mosaïque, la poterie, la cuisine, le psychodrame ou la sophrologie. Ceci permet à l'adolescent de se « *repenser capable de...* »¹ et va ainsi lui permettre de revaloriser son estime de soi, mais aussi lui redonner du pouvoir d'agir et de la motivation. Un centre indique qu'une partie de la prise en charge s'axe également sur l'autonomie au transport en commun. En parallèle, les ergothérapeutes indiquent qu'un travail est effectué avec les familles et les établissements scolaires, car c'est le « *gage d'une réinsertion optimale en milieu ordinaire* ».¹

Ainsi, on peut faire le constat que les ergothérapeutes prennent une place essentielle dans la prise en charge de l'adolescent souffrant de phobie scolaire. Le travail autour de la communication et la revalorisation de soi ainsi que le travail sur l'autonomie menés par ces professionnels semblent participer au processus de réinsertion scolaire. Aux vues de ces investigations, j'ai réfléchi sur un type de médiation permettant à la fois de favoriser l'engagement et la motivation au sein d'un groupe et de revaloriser l'estime de soi. Le théâtre semble un média approprié car il présente une dimension thérapeutique et socialisante (Vandeveld B., 2012). Toutefois aucun écrit dans la littérature ne justifie son intérêt en ergothérapie auprès de cette population. C'est pourquoi, je me suis posé la question de recherche suivante : **en quoi la médiation théâtrale en ergothérapie favorise la réinsertion scolaire des adolescents souffrant de Refus Scolaire Anxieux (RSA) ?**

¹ D'après les ergothérapeutes interrogés lors de la préenquête

PARTIE A : CADRE CONCEPTUEL

1. Le refus scolaire anxieux

1.1. Le refus scolaire anxieux : une pathologie complexe

1.1.1. De l'absentéisme scolaire au refus scolaire anxieux

L'absentéisme scolaire existe depuis la création de l'école « primaire » et l'Ordonnance du 13 décembre 1698 dictée par Louis XIV. Toutefois, il est important d'indiquer que le refus scolaire ne peut se définir qu'après l'instauration en France des lois Jules Ferry de 1881 et 1882 imposant l'école obligatoire pour tous.

C'est Broadwin qui au cours des années 1930 aux États-Unis isole une variante de l'école buissonnière. Il interprète ces fugues comme une angoisse de l'enfant par rapport à ce qui pourrait arriver à sa mère en indiquant : « *l'absentéisme peut représenter un acte de défiance, une tentative pour obtenir de l'amour, ou s'évader de situations réelles pour lesquelles il est difficile de faire face* » (Broadwin, 1932 ; cités par Holzer L., 2006 ; Girardon N., 2009 ; Lamotte F., 2010).

Le terme de « school phobia » (phobie scolaire en français) est proposé pour la première fois en 1941 par Adélaïde Jonhson dans l'*American Journal of Orthopsychiatry* (Holzer L., 2006). Elle met en avant des « *relations de dépendance mal résolues entre mère et enfant* » (Jonhson A., 1941, p 707) comme facteur déclencheur. En 1974, Julian De Ajuriaguerra propose une nouvelle définition de la « phobie scolaire ». Selon lui, il s'agit « *d'enfants qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vive ou de panique quand on essaie de les y forcer* ». (De Ajuriaguerra, 1974 ; cité par Girardon N., 2009, p.376).

Par la suite, ce terme de « phobie scolaire » va faire l'objet de nombreuses controverses. Le terme semble inapproprié dans la mesure où l'école n'est pas au centre du problème et le fait de quitter l'école ne diminue pas l'anxiété. C'est un mécanisme bien plus complexe qui entre en jeu que ceux habituellement rencontrés dans les troubles phobiques. Deux visions vont s'opposer, alors que les Anglo-saxons vont renoncer petit à petit au terme de « phobie scolaire » et le remplacer par « refus scolaire », celui-ci va perdurer chez les francophones.

Actuellement, il semble y avoir un consensus en France autour du terme de refus scolaire anxieux (RSA), se rapprochant ainsi de la vision anglo-saxonne. Ce terme a été évoqué pour la première fois par le pédiatre Clément Launay. Il a « *l'avantage de souligner la variété et la primauté de la symptomatologie anxieuse en jeu dans ce trouble* » (Galle-Tessonneau M., 2017, p.8). Ce terme a été défini par Holzer et Halfon en 2006 comme une « *difficulté à être présent en classe associée à une détresse émotionnelle, notamment l'angoisse et la dépression* ». (Holzer L., 2006, p.1253). Cette définition, semble intéressante, car elle conserve le rôle central de l'école dans la construction du trouble sans toutefois considérer la situation scolaire comme une situation phobogène à proprement parler. (Girardon N., 2009).

D'un point de vue nosographique, le refus scolaire anxieux n'existe pas en tant que tel dans les classifications internationales. Au niveau du DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), il peut être classé soit dans le « trouble : anxiété de séparation » soit dans le « trouble de l'adaptation ». Alors qu'au sein de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies), il est inclus dans les troubles phobiques et plus particulièrement au niveau des angoisses de séparation de l'enfance. Tout naturellement, la seule classification à isoler ce trouble est la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) qui indique que cela comprend les « *manifestations d'angoisse majeure avec souvent un phénomène de panique liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles* » (Misès R., 2012).

1.1.2. Épidémiologie

Étant donné la difficulté à classer ce trouble et à obtenir un consensus autour de la définition du RSA, il est difficile d'estimer précisément la prévalence du refus scolaire anxieux. Toutefois, les auteurs évaluent celle-ci à environ 2 % de la population en âge scolaire (Holzer L., 2006). Cela représente même 5% des consultations en pédopsychiatrie (Girardon N., 2009).

Des études plus récentes estiment un taux de refus scolaire atteignant 4,8% de la population générale et jusqu'à 8% des patients qui consultent en pédopsychiatrie, ce qui va dans le sens d'un accroissement de ce phénomène (Galle-Tessonneau M., 2017). Dans certains pays l'incidence de ce phénomène est telle qu'il est un véritable enjeu de santé publique. Prenons notamment le cas du Japon, où 60 à 70% des consultations en pédopsychiatries ont pour motif le refus scolaire anxieux (Galle-Tessonneau M., 2017). Ceci peut s'expliquer par le système

scolaire particulièrement sélectif et la pression des élèves entre eux (phénomène d'*Ijme* : mise à l'écart et rejet d'un jeune par un groupe (moqueries, harcèlements...))

L.A. Herzov en 1991 distingue trois pics d'apparition des troubles chez l'enfant : entre 5 et 7 ans au moment de l'entrée en primaire, à l'entrée au collège (10-11 ans) et entre la 4^e et la 3^e (14-15 ans) (Herzov L-A., 1991). L'apparition de ces troubles serait corrélée à des étapes scolaires particulières ainsi qu'à des périodes de maturation somatopsychique.

Néanmoins, il semble y avoir une différence de prévalence et de gravité selon les âges. En effet, le refus scolaire anxieux serait plus fréquent à l'adolescence et à la préadolescence que pendant l'enfance (Holzer L., 2006).

Historiquement, il existait une prédominance des troubles chez les garçons. Actuellement, la tendance est à l'équilibre et les auteurs s'accordent pour dire que le sex-ratio est de 1:1 (Holzer L., 2006, Girardon N., 2009).

1.1.3. La chronicisation de la pathologie

Le mode d'entrée dans le RSA varie en fonction de l'âge. Chez l'enfant, le début est brutal et se caractérise par des somatisations diverses. A l'adolescence, celui-ci est insidieux et est « *noyé dans [un] ensemble d'expressions pathologiques polymorphes* » (Boudot A-C., 2000, p.8). Des facteurs précipitants sont trouvés à tous les âges. Ces facteurs peuvent être d'ordre familial (retour de vacances, déménagement, départ d'une personne de la fratrie, divorce...), ou d'ordre scolaire (conflit avec un élève ou un professeur, changement de classe et d'établissement) ou alors liés à l'adolescent lui-même (maladie somatique, accident mineur). Ainsi, tout changement dans la vie de l'adolescent peut être vécu comme traumatisant et instauré un sentiment d'angoisse et d'insécurité.

Il est important de noter que ce n'est pas l'école qui est phobogène en soi, mais les composantes qui l'entourent. Dans tous les cas, chez l'adolescent le tableau clinique est en lien avec une incapacité sociale et une peur du jugement de l'autre (camarade, enseignant...) (Lamotte F., 2010). Ce regard-jugement par ses pairs provoque chez l'adolescent une peur irrationnelle de l'école qui se caractérise par une détresse émotionnelle avec une angoisse excessive au moment d'aller à l'école. L'adolescent ne peut expliquer cette crainte et promet de retourner à l'école le lendemain (Hirsch E., 2017). Ces manifestations anxieuses sont

d'ordres somatiques (céphalées, malaises, nausées, vomissements...) et comportementaux (manifestations d'opposition, d'agressivité et de colères lorsque les parents contraignent les enfants à aller à l'école). Petit à petit, l'adolescent passe de plus en plus de temps à l'infirmerie scolaire afin de diminuer son temps en classe. Toutefois, cette parade d'autodéfense n'est pas suffisante et le jeune abandonne progressivement l'école (Lamotte F., 2010).

Une fois chez lui, le jeune va se replier sur lui-même. « *Progressivement, il va abandonner les habitudes de vie quotidienne : il passe de nombreuses heures devant les écrans, décale ses heures de repas et de sommeil* » (Hirsch E., 2017, p. 38). L'adolescent en refus scolaire anxieux va progressivement s'enfermer dans une bulle, se replier sur soi, repenser ses habitudes de vie et se couper de ses pairs. Bien qu'investi initialement sur le plan scolaire et les loisirs, l'adolescent peut finir par abandonner toutes activités extérieures.

Il se met alors en place un cercle vicieux que l'on retrouve dans les troubles anxieux : attaque de panique, conduite d'évitement du danger et aggravation du trouble, car plus on évite et plus on a peur. Plus l'adolescent va s'isoler socialement, plus les sentiments d'angoisse et d'infériorité vont s'accroître. C'est pourquoi en 2017, la docteur Marie Viorrain métaphorise le refus scolaire anxieux sous la forme d'un iceberg en expliquant que l'absentéisme est finalement juste le symptôme visible de l'iceberg (Viorrain M., 2017) (cf. figure 1 ci-dessous). Elle indique que ces adolescents ont tous un trouble anxieux sous-jacent qui sous l'effet de facteurs précipitants (harcèlement, regard jugement de l'autre...) et de facteurs personnels (sociaux, comportementales, psychiques) va conduire à un isolement chronique du jeune.

Cet isolement induit la mise en place d'un syndrome dépressif qui se caractérise par un sentiment de culpabilité, un pessimisme jusqu'à une perte de l'élan vital, une asthénie et une baisse de l'estime de soi (Hirsch E., 2017). Par ailleurs, l'adolescent va rencontrer des difficultés pour trouver une motivation à agir (volition). La baisse de l'estime de soi a été mise en évidence récemment par Romani qui a dressé le profil psychologique des jeunes présentant un RSA en comparant deux groupes d'adolescents : un groupe scolarisé et un groupe présentant un refus scolaire anxieux. Il a montré que pour les adolescents ayant un diagnostic de RSA, « *l'estime de soi était plus basse que les adolescents scolarisés* » (Romani J., 2017, p. 958) avec un score moyen à l'inventaire de Coopersmith de 21 réponses positives sur 58 versus 40 pour le groupe scolarisé. Romani explique que cette baisse de l'estime de soi favorise l'encrage dans le cercle vicieux dans lequel se trouve ces jeunes.

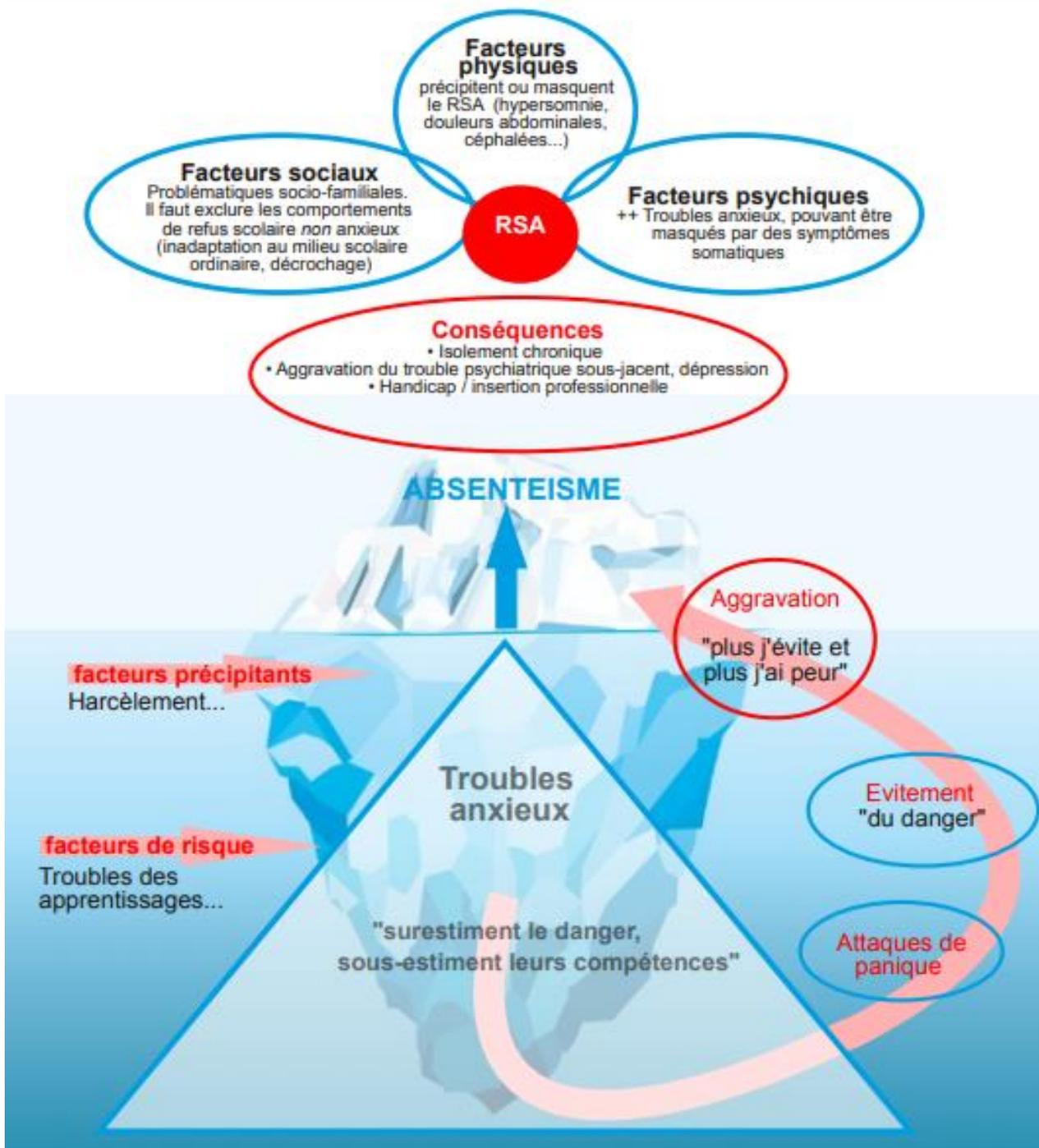


Figure 1 : Métaphorisation de la symptomatologie du Refus Scolaire Anxieux selon le Dr Marie Viorrain (Viorrain M., 2017)

1.2. L'estime de soi : un symptôme du RSA

1.2.1. Définition du concept

L'estime de soi est un concept difficile à définir. Pour autant, elle est évoquée par tous et est devenue « *une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus compétitive* » (André C., 2005, p.26). Elle tient une place essentielle dans nos sociétés occidentales, en particulier aux États-Unis où le terme « self-esteem » fait partie du vocabulaire usuel.

Le verbe « estimer » vient du latin « *aestimare* » qui signifie à la fois « évaluer » et à la fois « déterminer la valeur de » ou « avoir une opinion sur ». Selon le dictionnaire Hachette, l'estime de soi correspond à « l'opinion favorable ou défavorable que l'on se fait » (Hachette, 2009).

« *Ce regard-jugement que l'on porte sur soi est vital à notre équilibre psychologique* » (André C., Lelord F., 2007, p.14). Quand il est négatif, cela engendre des souffrances qui vont venir perturber le quotidien. Lorsque ce dernier est positif, l'individu va pouvoir faire face aux difficultés et s'engager dans l'action. La stabilité émotionnelle est plus forte également.

Tout comme l'intelligence, l'estime de soi n'est pas une composante unique. Elle est la résultante de plusieurs dimensions. Chez l'adolescent, on peut en citer 5 (André C., 2005) :

- La réussite scolaire (« suis-je un bon élève ? »)
- L'aspect physique (« est-ce que je plais aux autres » ?)
- Les compétences athlétiques (est-ce que je suis fort ? »)
- La conformité comportementale (« est-ce que je plais aux adultes ? »)
- La popularité (est-ce qu'on m'aime bien ? »)

1.2.2. Les 3 piliers de l'estime de soi

Lelord et André dans leur ouvrage de 2007, décrivent trois piliers sur lequel se base l'estime de soi : la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi. Pour obtenir une estime de soi harmonieuse, un équilibre doit exister entre ces trois valeurs.

- L'amour de soi :

C'est le pilier le plus important. « *S'aimer soi-même est le socle de l'estime de soi, son constituant le plus profond et le plus intime* » (André C., Lelord F., 2007, p.17). Tout le monde s'aime malgré ses défauts, ses échecs et ses limites. Toutefois cet amour inconditionnel est fortement corrélé à l'amour provenant du socle familial. En effet, lorsque celui-ci est fragile, les risques d'avoir une faible estime de soi sont importants. C'est pourquoi les carences d'estime de soi provenant de ce pilier sont les plus difficiles à traiter.

- La vision de soi :

Cela correspond au regard que l'on porte sur soi et de l'évaluation que l'on se fait de ses qualités et de ses défauts. C'est donc un aspect subjectif. Ce regard intrapersonnel est lié en grande partie aux attentes de l'entourage. En effet, les projets que les parents ont pour leurs enfants peuvent influencer ce regard. Ces attentes sont tout aussi importantes que l'enfant soit issu d'un milieu socioculturel très aisé ou plutôt pauvre. Le ressenti pour le jeune est tout aussi compliqué à gérer. Le fait de ne pas prendre en compte les doutes et les attentes de l'enfant peut ainsi engendrer une profonde vulnérabilité de l'estime de soi.

- La confiance en soi :

Ce pilier est souvent confondu avec l'estime de soi. La confiance en soi correspond à la capacité d'agir de façon adéquate dans telle ou telle situation. Contrairement aux deux autres piliers, elle est plus facile à évaluer. Là encore, la confiance en soi prend racine dans l'enfance notamment avec le type d'éducation fourni. Plus la personne est mise en valeur par son cercle scolaire et familial, plus la confiance en elle sera importante.

1.3. Les conséquences d'une faible estime de soi chez les patients RSA

Selon Christophe André, l'estime de soi est fortement liée à l'environnement extérieur de l'individu et notamment le regard des autres sur soi-même. L'estime de soi va se moduler en fonction de la position de l'adolescent par rapport à ses pairs. En 2005, André indique que *« les comparaisons sociales sont globalement très impliquées dans les efforts de régulation de l'estime de soi : en cas de difficultés, les sujets à haute estime de soi comparent plus volontiers vers le bas (« il y a pire que moi ») tandis que ceux à basse estime de soi s'enfoncent en comparant vers le haut (« beaucoup de personnes sont meilleures que moi ») »* (André C., 2005, p. 27).

Comme expliqué précédemment, le principal écueil chez les jeunes présentant un RSA est la déscolarisation. En effet, comme le soulignent plusieurs auteurs, l'absence de l'école provoque bien souvent un isolement social et affectif et par conséquent une diminution de l'estime de soi. Il se met alors en place un cercle vicieux, car plus le jeune s'isole dans son monde et se coupe de ses pairs, plus le regard de l'environnement est dur à supporter pour lui. En 2017, Romani explique que le regard jugement que portent ses pairs provoque chez l'adolescent souffrant de RSA un sentiment de dévalorisation. En effet, après un rejet, l'harmonie entre les 3 piliers constituant l'estime de soi est déstabilisée. La vision de soi, nommée l'image de soi par Romani, est particulièrement atteinte chez ces jeunes, ce qui explique *« l'isolement, le repli et la diminution des contacts sociaux »* (Romani J., 2017, p.957) et par conséquent l'ancrage dans un cercle vicieux. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés par Orth et Robins en 2014 qui indiquent qu'une bonne estime de soi est dépendante des relations positives avec ses pairs. Le regard des autres et la communication sont indispensables à l'harmonisation des 3 piliers constituant l'estime de soi (Orth U., 2014).

Les conséquences d'une mauvaise estime de soi pour les jeunes souffrant de RSA sont multiples. Benbrika, en 2010, indique que le risque suicidaire est significatif auprès de cette population, car c'est la troisième cause d'hospitalisation (Benbrika S., 2010). Sur le long terme, le retentissement est plus sévère avec des perturbations importantes sur le plan scolaire et professionnel. Kearney en 2004 explique que dans 30% des cas des difficultés persistent à l'âge adulte avec une moins bonne insertion professionnelle (Kearney C., 2004). Ceci s'explique par des difficultés à avoir des relations sociales avec le monde extérieur, mais aussi par des difficultés à s'engager et à prendre une décision. Par ailleurs, les auteurs notent un

retentissement sur l'évolution psychopathologique des adolescents souffrant de RSA. En effet, « *les adolescents ayant présenté un refus scolaire anxieux sont plus à risque d'être atteint d'une pathologie psychiatrique à l'âge adulte* » (Hirsch E., 2017, p. 52) avec l'apparition de troubles anxieux et de la personnalité (Holzer L., 2006). Ces conséquences sont majorées en fonction :

- Du temps de déscolarisation : « *au-delà de deux mois d'absentéisme, le risque de handicap est important et potentiellement définitif* » (Baranger E., 2012, p. 16)
- De l'âge du patient : plus le patient se rapproche de la fin de l'obligation scolaire, plus le risque est important (Mouren M-C., 2006).

Il est donc indispensable de prendre en charge tôt ces patients afin d'améliorer leurs estimations d'eux même pour favoriser la rescolarisation et limiter les conséquences à long terme. La prise en charge pluriprofessionnelle en institution est donc nécessaire.

2. Le parcours de soin des adolescents souffrant de RSA

2.1. Les différentes formes d'hospitalisation

Le traitement du refus scolaire anxieux passe classiquement par une hospitalisation. Différentes modalités d'hospitalisation peuvent être proposées aux jeunes en fonction de l'importance des manifestations anxieuses et de leurs impacts sur la scolarisation et la vie sociale. Néanmoins, pour les formes les moins sévères (« *d'apparition récente avec un facteur déclenchant évident chez un patient sans antécédent psychiatrique dans un environnement familial adapté* » (Hirsch E., 2017, p.69)), un traitement en ambulatoire avec des consultations simples peut être proposé aux jeunes (Benbrika S., 2010).

Les formes graves, elles, nécessitent une prise en charge spécialisée et institutionnalisée soit en Hôpital Psychiatrique Infanto-Juvénile (HP-IJ) soit dans des Maisons des Adolescents (MDA). Les indications d'hospitalisation sont : l'échec de soin en ambulatoire, un contexte familial trop complexe ou des symptômes trop intenses. La durée d'hospitalisation est variable et s'échelonne de 3 à 10 mois selon les cas. Cette hospitalisation peut être de deux formes : soit en hôpital de jour soit à temps complet en fonction des caractéristiques propres à l'établissement d'accueil. Ces hospitalisations constituent un levier thérapeutique important. En effet, cette séparation permet de mettre une distance entre les attentes de la famille, la scolarité de l'adolescent et l'adolescent lui-même. L'hôpital joue alors le rôle de tiers. Ce rôle tampon va

permettre à l'adolescent de se recentrer sur soi, ses attentes et ses ressentis et va favoriser « *une reprise progressive d'une scolarité, parfois d'abord dans le cadre hospitalier, puis ensuite dans la communauté* » (Holzer L., 2006, p. 1256).

Une prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) a aussi été développée par la pédopsychiatre Hélène Denis au CHU de Montpellier. Elle a montré qu'une hospitalisation longue pouvait provoquer une stigmatisation et renforcer le mal-être de ces jeunes (Denis H., 2005). Les adolescents bénéficient alors de consultations individuelles chaque semaine et d'une scolarité très partielle au sein de l'hôpital. Des consultations familiales sont réalisées toutes les 2 à 3 semaines.

2.2. Une prise en charge pluridisciplinaire

Le programme thérapeutique mis en place implique obligatoirement la famille et les enseignants. Nicolas Girardon indique que « *le travail en réseau doit permettre de se fixer des objectifs réalistes par étapes* » (Girardon N., 2009, p. 379). Les enseignants prennent donc une part essentielle dans la stratégie thérapeutique. Par un accompagnement aménagé et individualisé, ils favorisent le retour progressif de l'adolescent dans le milieu scolaire ordinaire. Ils sont également présents dans les CMP-IJ et MDA pour assurer la scolarité des adolescents pendant leurs hospitalisations. Lors de ces hospitalisations, ces acteurs permettent notamment de dédramatiser l'école et son fonctionnement.

Les objectifs de prise en charge des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux sont triples : aider au retour à l'école, réduire le handicap et prévenir les complications éventuelles (Denis H., 2005). Pour cela, différents professionnels entrent en jeu dans le diagnostic et la prise en charge de ces jeunes :

- **Le médecin traitant** pour le dépistage du refus scolaire anxieux le plus tôt possible, l'adressage vers un pédopsychiatre compétent et la guidance parentale sur les conduites à tenir.
- **Le médecin scolaire et l'infirmière scolaire** pour notifier et faire remonter au plus tôt le nombre d'absences scolaires afin d'alerter rapidement et de poser le diagnostic. Ils participent au sein de l'établissement à la prévention contre le harcèlement scolaire qui est un facteur précipitant du refus scolaire anxieux chez l'adolescent (Ministère de

l'éducation nationale, 2001). Leur rôle est également d'accompagner l'adolescent dans la reprise de ses études en participant à la mise en place du Projet d'Accueil Individualisé (PAI). Ce document récapitule les aménagements mis en œuvre pour permettre une scolarisation adaptée aux difficultés rencontrées par le jeune (Girardon N., 2009).

- **Le pédopsychiatre** valide le diagnostic de la maladie et coordonne les soins entre le monde médical, la famille et le milieu scolaire. Il peut être amené à prescrire des médicaments pour diminuer les angoisses. Il joue également un rôle dans la mise en place du PAI. Par ailleurs, au moment de l'hospitalisation, il travaille en collaboration avec les paramédicaux (infirmiers, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes) pour évaluer la psychopathologie du jeune et mettre en place une psychothérapie adaptée (Girardon N., 2009).
- **Les paramédicaux** participent à la reconstruction identitaire du jeune par le biais de psychothérapies individuelles ou en groupe. Ils prennent part également à la construction du PAI. Parmi les paramédicaux rencontrés, les psychologues jouent un rôle essentiel dans l'évolution de la prise en charge. Ils vont permettre aux adolescents de mettre des mots sur ce qui s'est passé avec les autres professionnels. Les ergothérapeutes, eux, participent à la rescolarisation de l'adolescent en milieu ordinaire en travaillant sur ses assises narcissiques (affirmation de soi, revalorisation...) et en favorisant son engagement et son retour à l'autonomie.

2.3. L'ergothérapeute : un rôle clé auprès des adolescents RSA

L'ergothérapeute est un professionnel paramédical qui base sa pratique sur l'accompagnement et la prise en compte de la personne dans sa globalité. L'ergothérapeute prévient, réduit ou supprime « *les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement* » (ANFE, 2019). Du grec « Ergon » qui signifie activité, travail, action, l'ergothérapie est destinée à soigner le manque d'activité par l'activité. Son travail, sous prescription médicale, s'effectue en collaboration avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux, mais aussi avec des acteurs extérieurs (éducation nationale, éducateurs, ...).

2.3.1. Une pratique centrée sur le patient selon le Modèle de l'Occupation Humaine

Pour asseoir sa pratique, l'ergothérapeute base son mode d'exercice sur l'utilisation de modèle conceptuel appliqué. Alors que les modèles conceptuels globaux tels que le modèle psychodynamique sont nécessaires pour comprendre la construction psychique d'une personne, les modèles ergothérapiques comme le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) sont indispensables pour comprendre et analyser la corrélation entre l'activité et le patient.

Le MOH a été décrit pour la première fois par Gary Kielhofner aux États-Unis en 1980. Il permet de recueillir les besoins de la personne et de comprendre ses difficultés dans les activités du quotidien. Le MOH est par conséquent un modèle centré sur la personne, car « *il considère chaque personne comme un individu unique dont les caractéristiques guident le motif et la nature des objectifs et des stratégies thérapeutiques* » et, car « *il considère ce que la personne fait, pense et ressent comme le mécanisme central du changement* » (Parkinson S., 2017, p. 30)

Selon Kielhofner, c'est par l'occupation que l'identité se construit. Il définit le concept d'occupation humaine comme étant « *une large gamme d'activités (productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socio-culturel* » (Kielhofner G., 2017, p. 5). À travers ce modèle, trois questions sont posées : comment la personne se motive-t-elle ? Comment organise-t-elle sa journée ? Quel est son rendement occupationnel ? (Belanger R., 2006)

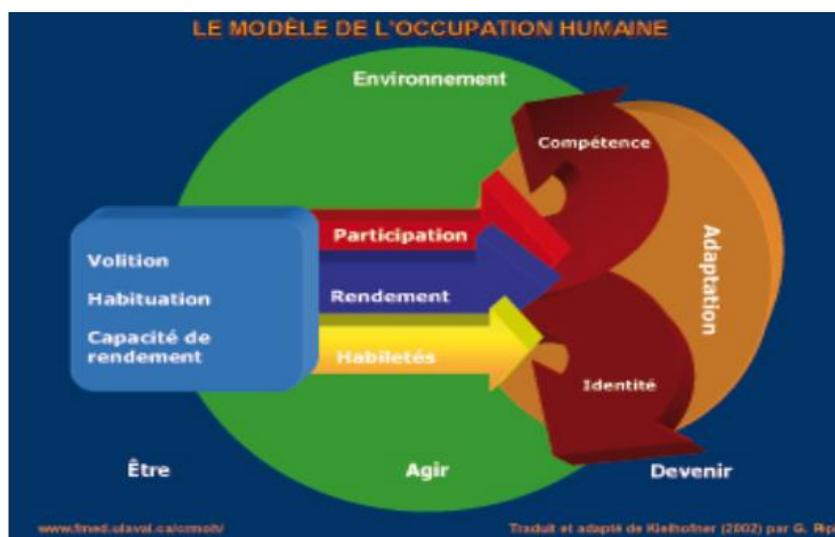


Figure 2 : Représentation schématique du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Kielhofner G., 2017)

C'est un modèle dynamique où la personne est toujours dans un environnement donné (physique ou social). Cet environnement offre soit des contraintes soit des ressources. Chez le patient souffrant de refus scolaire anxieux, le contexte environnemental prend une part essentielle dans la construction de la pathologie.

Selon Kielhofner, le modèle décrit l'être humain en trois sous-systèmes : avant de débiter une activité, la personne engage de la **volition** (motivation à agir) qui correspond à la conscience de ses expériences et de ses valeurs, son **habituat**ion (habitudes de vie) et ses **capacités de rendement** (aptitudes liées aux systèmes organiques dans leurs aspects objectifs et liés aux vécus et à la sensation dans leurs aspects subjectifs). Il est démontré que ces 3 composantes en interaction avec l'environnement affectent les actions, les pensées et les émotions. Ensuite la personne va se mettre à agir. Il y a alors trois niveaux d'actions qui correspondent aux trois sous-systèmes précédents : la **participation occupationnelle** (l'engagement dans ses activités), la **performance occupationnelle** (la façon d'agir) et les **habiletés** (les actions observables : motrices, procédurales, de communication et d'interaction). Enfin c'est l'accumulation de plusieurs actions (occupations) qui vont permettre à la personne de générer une **identité** et des **compétences occupationnelles** qui favoriseront l'adaptation à de nouvelles occupations (Mignet G., 2016).

- **Focus sur la volition**

Il paraît important de s'arrêter quelques instants sur le concept de volition. En effet, les adolescents souffrant de RSA sont dans un isolement chronique. Celui-ci va entraîner des difficultés notamment dans le développement de nouvelles occupations. Or comme l'indique Mignet, la volition permet à la personne de « *s'engager dans une activité (avant, pendant et après)* » (Mignet G., 2015, p. 99). D'après Meyer, la volition est « *un acte de volonté et la volonté en tant que faculté* » (Meyer S., 2013, p. 144). Kielhofner, dans le MOH, la décrit comme « *la motivation d'une personne à agir sur son environnement* » (Kielhofner G., 2017, p. 7), le besoin inné d'être acteur et de faire des choix occupationnels. Il décline le concept de volition en trois composantes : les déterminants personnels (causalité personnelle), les valeurs et les intérêts. Ces dernières renvoient à ce que l'on connaît de nous-mêmes, ce qui a du sens et qui est satisfaisant.

Dans la prise en soin, le concept de volition prend une part particulièrement importante, car cela implique que le patient est l'acteur de sa thérapie. On parle alors de thérapie centrée sur le patient, ce qui a une résonance toute particulière chez les ergothérapeutes.

Kielhofner parle également de processus volitionnel et explique que cela passe par plusieurs étapes : l'expérience, la découverte ; et l'interprétation (sens donné à l'activité) ; puis viennent l'anticipation (manière d'agir) et enfin le choix (faculté à s'engager ou non). Mignet indique que « *le processus volitionnel conduit finalement à l'engagement dans l'activité, l'occupation, ou encore dans l'accompagnement, le soin* » (Mignet G., 2015, p. 101). Ainsi, la volition aide l'individu à s'accomplir dans l'action, et par conséquent permet son évolution. L'implication des adolescents dans leur thérapie va avoir des conséquences multiples tant sur le plan des activités quotidiennes que sur le renforcement de l'autonomie et de l'indépendance dans leurs occupations.

Par conséquent le MOH permet de comprendre l'engagement humain dans l'occupation et d'expliquer l'impact de chaque composant dans la construction identitaire. Il est adapté aux adolescents souffrant de refus scolaire anxieux qui du fait de leur déscolarisation, montrent des attitudes de repli et de désocialisation. C'est pourquoi ces derniers se retrouvent isolés et présentent des difficultés à générer et à s'engager dans de nouvelles occupations. Il est donc essentiel de redonner du pouvoir d'agir au patient en stimulant sa volition. Pour cela, l'ergothérapeute doit connaître les activités antérieures de l'adolescent pour l'amener à les développer. Par son vécu dans l'activité thérapeutique, l'ergothérapeute pourra faire émerger chez l'adolescent ces expériences et ainsi retrouver une identité jusque-là altérée. Les émotions qui vont en découler vont venir renforcer le changement comportemental chez l'adolescent, ce qui va avoir un impact sur la reconstruction du jeune et ses occupations.

2.3.2. La place de l'ergothérapeute en institution

Au sein des institutions telles que les HP-IJ et les MDA, les ergothérapeutes ont pour objectif de favoriser la reconstruction identitaire du jeune souffrant de RSA en développant son autonomie ainsi que son estime de soi. Il n'existe pas, dans la littérature récente, d'articles évoquant précisément le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population. Toutefois, en 1984, Blagg a indiqué dans son article « *the behavioural treatment of school refusal-a comparative study* » que l'ergothérapeute « *permet à l'adolescent d'améliorer ses pouvoirs de*

concentration, de devenir plus réaliste sur ses capacités et de développer son estime de soi »² (Blagg N-R., 1984, p. 123). Le but étant ainsi de mettre en avant les capacités d’agir du jeune. Pour cela, il va accompagner les patients par « *l’organisation d’activités d’artisanat, de jeu, d’expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail* » (Journal Officiel, 2004). En utilisant l’activité, l’ergothérapeute renforce les encrages psychiques de l’adolescent. De plus, ce renforcement est garanti par la mise en place d’un cadre thérapeutique par l’ergothérapeute lui-même. C’est ce travail au sein d’un cadre défini qui permet à l’activité de devenir thérapeutique. En effet, comme l’indique Pibarot en 2016, « *l’ergothérapie offre la possibilité, en recréant du lien psychique, de tisser du lien avec l’environnement. Le lien psychique subjectif se conjugue avec le lien social.* » (Pibarot I., 2016). Les prises en charge sont généralement en groupe pour permettre à l’adolescent d’échanger avec ses pairs et de se réapproprier une entité au sein d’un groupe.

Toutefois, il est important également de privilégier du temps en individuel avec l’adolescent. En début de prise en charge, cela permet de mettre en confiance l’adolescent et de l’intégrer au sein du groupe. Puis par ces prises en charge individualisées, l’ergothérapeute va aider l’adolescent à se repenser capable de, à le responsabiliser et à lui redonner du pouvoir d’agir. Pour cela, l’ergothérapeute va axer sa prise en charge sur les mises en situation en extérieurs comme les déplacements en commun, la réalisation de courses ou de sorties culturelles par exemple. Cette autonomisation du jeune a pour conséquence d’améliorer sa confiance en lui, de favoriser la séparation avec les parents et de contribuer à développer sa participation occupationnelle (Girardon N., 2009).

Par ailleurs, l’ergothérapeute intervient aussi bien auprès de l’équipe pédagogique qu’avec les familles. Le but étant de réintégrer le jeune progressivement dans le milieu scolaire ordinaire. Il joue donc un rôle pivot, car il est en lien avec tous les intervenants qui gravitent autour de l’adolescent pour construire son projet personnalisé.

² Traduit de l’anglais par mes soins

2.4. Les 3 axes de prise en charge

La prise en charge de l'adolescent souffrant de refus scolaire est souvent longue et complexe. Il s'agit d'une urgence thérapeutique et le traitement doit être mis en place rapidement après l'apparition des premiers symptômes (Denis H., 2005). Il est indispensable de travailler autour des trois piliers qui entourent l'adolescent : la famille, l'école et le soin (psychothérapie). C'est cette alliance des 3 qui va assurer une bonne évolution du trouble.

2.4.1. L'accompagnement scolaire

La reprise de la scolarité le plus tôt possible est essentielle dans la prise en charge du refus scolaire anxieux. Néanmoins, le retour ne doit pas être trop rapide et brutal. À noter que le soin doit être prioritaire sur le retour scolaire dans un premier temps. La rescolarisation doit être progressive et planifiée. Une réunion de concertation avec le patient et sa famille, le personnel éducatif et le personnel soignant doit être mise en place afin d'aménager un emploi du temps adapté (Hirsch E., 2017). En parallèle, un accompagnement en unité de soin-étude semble judicieux. Il permet d'amener l'école au sein de l'hôpital en favorisant la rescolarisation.

2.4.2. L'implication de la famille

Tous les programmes de prise en charge du refus scolaire anxieux impliquent la famille. Des consultations régulières entre le patient et sa famille et le personnel soignant doivent être instaurées. Elles ont pour but (Compan D., 2014) :

- d'informer les parents sur le trouble de l'adolescent,
- de savoir comment gérer les crises d'angoisse et les troubles du comportement,
- de savoir mettre en place une éducation ferme,
- de tenter de remettre en place les rôles de chacun.

La thérapie familiale favorise l'échange verbal et non verbal entre les parents et le patient pour comprendre le contexte familial et pouvoir travailler sur celui-ci.

De plus, l'hospitalisation permet également de travailler le lien parent-enfant (Lamotte F., 2010). En effet, cette séparation du milieu familial permet une mise à distance des enjeux et des attentes familiaux. L'hôpital prend alors le rôle d'un tiers entre la famille et l'adolescent.

2.4.3. La psychothérapie

La littérature fait une large place aux thérapies cognitives et comportementales (TCC). Ces thérapies consistent à exposer graduellement le patient au stimulus anxiogène. Elles se basent sur 3 grands principes thérapeutiques : le conditionnement, l'habituation et l'apprentissage social par imitation (Cottraux J., 2004).

Néanmoins, bien qu'étant largement utilisées, les résultats de ces thérapies restent contrastés. En effet, entre 30 et 50 % des adolescents ayant participé à une TCC présentent encore un refus scolaire anxieux (Galle-Tessonneau M., 2017). C'est pourquoi des auteurs proposent de compléter ces thérapies par d'autres approches thérapeutiques :

- Les thérapies interpersonnelles : elles consistent à travailler sur le réseau social de l'adolescent et sur ses relations interpersonnelles pour favoriser une diminution des symptômes.
- Les ateliers thérapeutiques à médiations diverses (psychodrame, théâtre, art plastique...). Ils ont pour but de revaloriser l'identité de l'adolescent qui est menacée et de favoriser l'engagement, la relation et la communication. En effet, ces ateliers thérapeutiques permettent de déconnecter « *réflexion et cadre scolaire* » (Lamotte F., 2010, p.260). Ces ateliers menés entre autres par les ergothérapeutes permettent à l'adolescent de se retrouver avec ses pairs pour échanger et prendre du plaisir avec eux (Lamotte F., 2010). La parole est plus facile et les appréhensions dues aux regards des autres sont plus simples à gérer, car le médiateur permet « *d'éponger l'excitation que suscite la relation avec l'autre* » (Catheline N., 2001, p. 194). Ainsi les jeunes sont amenés à exprimer « *les parties les plus saines de leur appareil psychique pour renforcer leurs assises narcissiques* » (Lamotte F., 2010, p. 260). Cela permet au jeune de reprendre confiance en lui, de retrouver une meilleure image de lui-même et de se revaloriser. Par conséquent, les 3 piliers de l'estime de soi vont se rééquilibrer et l'adolescent sera plus à même de moduler positivement son estime de lui-même face aux regards de ses pairs. De plus, par l'utilisation d'un objet médiateur, le thérapeute va favoriser la participation et l'engagement de la personne dans une activité. L'ensemble de ces caractéristiques vont favoriser sur le long terme l'autonomisation de l'adolescent et la reprise des activités scolaires.

3. La médiation théâtrale

3.1. Les caractéristiques de la médiation théâtrale

Selon le dictionnaire Le Petit Robert, le théâtre peut se définir comme un « *Art visant à représenter devant un public, une suite d'évènements où des êtres humains agissent et parlent* » (Le petit Robert, 2020, p. 1930). À l'écoute de cette définition, le théâtre est un moyen d'expression ludique où un ou plusieurs êtres humains créent, jouent, et mettent en scène des histoires représentées devant un public. Les notions d'interactions, de créativité, de jeu et de groupe sont donc associées à ce moyen d'expression.

3.1.1. La faculté à s'auto-observer

L'observation prend une place essentielle. En jouant au théâtre, l'individu a l'opportunité d'observer ses pairs, mais aussi de s'auto-observer pour réagir et créer son personnage. Au cours de ce processus, « *il comprend ainsi ce qu'il est, découvre ce qu'il n'est pas et imagine ce qu'il peut devenir* » (Boal A., 2002, p. 18). Il s'élabore alors une triade entre un moi-observateur, un moi-en situation et un moi-possible. C'est la mise en place de cette triade par le jeu théâtral qui permet à l'individu d'établir de nouvelles relations sociales.

3.1.2. Les techniques du jeu théâtral

Le jeu théâtral se compose de différentes techniques (improvisation, jeux de rôle, mise en scène...) présentant des bénéfices multiples :

- Les exercices d'échauffement sont nombreux. Ils ont pour but de créer une émulation de groupe au début de la séance. Ils permettent également à chaque participant de se concentrer et de gérer son expression corporelle au sein d'un espace scénique défini.
- Les jeux de rôle sont « *des activités de loisirs et de divertissements dont le but principal est d'endosser l'identité d'un personnage fictif le temps d'une partie* » (Fédération française des jeux de rôle, 2020). Le jeu de rôle est un outil d'expression qui favorise l'entraînement à des situations, l'adaptation à une tâche et à la répétition (Obin J-P., 1980).
- L'improvisation est une « *technique théâtrale visant à faire exécuter par l'acteur, dans l'instant même, quelque chose d'imprévu* » (Morrisson C., 2001, p. 8). Elle nécessite

une capacité d'écoute et de concentration. Cette technique permet de développer l'interactivité et l'entrée en relation avec l'autre (Pire F., 2005).

- Le théâtre dit « classique » consiste dans la mise en scène d'une pièce de théâtre ou d'une partie d'une pièce. Son intérêt est multiple. Comme l'indiquent Héril et Mégrier en 2011, « *il aide à lever certaines inhibitions, il optimise la créativité, il permet d'oublier le stress de la vie quotidienne, il apprend à vivre ensemble. Il aide aussi (et surtout) la personne à s'installer dans une connaissance de soi féconde et évolutive* » (Héril A., 2011, p. 6).

Il est difficile de s'attacher à une technique particulière pour la construction de cette recherche. En effet, en pratique, l'utilisation de ces différentes techniques s'entremêle. Il me paraît donc compliqué de mettre en avant une pratique de théâtre plus qu'une autre.

Toutefois, il est important de noter que les formes de théâtre complémentaires telles que les marionnettes ou les jeux de mimes ne seront pas évoquées au cours de ce projet.

3.1.3. La place du groupe dans la médiation théâtrale

La médiation théâtrale est un moyen de palier aux difficultés rencontrées dans des entretiens individuels avec l'adolescent. En effet, la médiation permet de nouer une dynamique de soins chez l'adolescent là où l'échange avec l'adulte est compliqué. En utilisant le théâtre, le jeune va pouvoir, à l'aide d'un costume, d'un mot, d'un élément de décor, créer un personnage et ainsi exprimer son drame intime grâce au jeu. En 2012, Vandeveldt explique cela en disant qu'il « *semblerait qu'en interprétant des personnages, les jeunes rejoueraient les identifications fondatrices* » (Vandeveldt B., 2012, p. 128). Ainsi en incarnant des personnages, les adolescents peuvent mettre en avant une partie d'eux-mêmes et établir une relation entre eux et leur réalité.

Selon Lamotte, la mise en place du travail de groupe est constante pour ce type de médiation. Pour elle, « *le but est de prendre du plaisir ensemble sans que l'adolescent réalise que ce plaisir est lié à la présence des autres* » (Lamotte F., 2010, p. 260). Le fait d'aimer partager serait une clé pour que l'adolescent retrouve le plaisir d'être et de fonctionner.

Il existe trois grands types de groupes : ouvert, semi-ouvert (ou semi-fermé) et fermé.

- Un groupe fermé est un groupe où le nombre et les participants sont définis en amont et ne change pas dans le temps. Cela permet de renforcer l'identité du groupe. Les jeunes se connaissent et le lâcher-prise est par conséquent plus aisé (Ménard M., 2016)
- Un groupe semi-ouvert (ou semi-fermé) est par définition un groupe hybride entre le groupe fermé et le groupe ouvert. Dans ce groupe, le nombre et la présence des participants restent identiques du début à la fin. Toutefois, il existe une laxité quant au départ du groupe. En effet, lorsqu'un participant est amené à devoir quitter le groupe, une nouvelle place est proposée à d'autres personnes. Ainsi, le nombre de participants reste stable d'une séance à l'autre. Ce type de groupe s'adapte bien à la médiation théâtrale, car elle nécessite une régularité présentielle des participants au fil des séances afin de mener à bien la pièce.
- Contrairement au groupe fermé, au sein d'un groupe ouvert les adolescents peuvent entrer à tout instant dans le groupe, du moins jusqu'à ce que celui-ci soit complet. L'intérêt de travailler avec un groupe ouvert consiste à la mise en place d'un « idéal groupal » (Catheline N., 2001). Cela apporte une identité au groupe qui va être transmis entre les anciens adolescents et les nouveaux participants. En effet, les adolescents ne quittant pas le groupe en même temps, l'identité du groupe pourra être véhiculée entre eux. Ce nouveau support identificatoire n'est possible uniquement si l'adolescent entre pleinement dans le groupe et se libère de toutes ses attitudes défensives (Catheline N., 2001). Néanmoins, en travaillant avec des groupes ouverts, la notion de cadre institutionnel est indispensable. En effet, comme le souligne Catheline, « *le cadre institutionnel confère aux groupes ouverts une fonction contenante renforcée* » (Catheline N., 2001, p. 196). L'institution est là pour éviter tout débordement ou réaction agressive que ce soit des adolescents entre eux ou bien de la famille, car beaucoup de parents assimilent les activités à un centre de loisirs.

Chaque type de groupe présente ses avantages et ses inconvénients. Bien que les groupes semi-ouvert ou ouvert semblent plus adaptés à la mise en place d'une médiation théâtrale, un groupe fermé peut aussi être utilisé. Le choix du groupe va dépendre des objectifs de travail. Toutefois, quel que soit le groupe utilisé, il est nécessaire de travailler selon un cadre défini et expliqué en amont pour limiter les inconvénients du groupe choisi. Par ailleurs, afin de favoriser les relations entre les intervenants et de travailler sur les assises narcissiques, des groupes de six adolescents maximum doivent être mis en place (Catheline N., 2001).

3.1.4. L'espace d'expression et de créativité

Dans le langage courant, on dit jouer au théâtre. Le théâtre est un espace d'expression libre où les acteurs jouent un rôle devant un public. Ils se mettent en scène dans un lieu portant le même nom. Mais jouer au théâtre c'est aussi aller à la rencontre de l'autre, que ce soit du spectateur vers l'acteur, de l'acteur vers le spectateur ou de l'acteur vers l'acteur. Jouer est une activité fondamentale et une source d'amusement, indispensable à la construction de chaque individu. C'est ce facteur ludique du jeu qui, selon O. Perino, est générateur de relations sociales (Perino O., 2008).

Par ailleurs, en étant une source de plaisir, le jeu favorise l'imagination et la créativité. Ces deux éléments sont les fondements de cet art. Utilisez un tabouret pour un trône royal, un morceau de bois pour un balai volant ou bien un stylo pour un pinceau est commun. Tout est possible sur une scène de théâtre du moment que l'acteur se soit mis d'accord avec le spectateur sur le rôle de l'objet. Le spectateur est saisi par le pouvoir imaginaire de l'objet que si l'acteur entre pleinement dans son personnage et est sincère avec lui-même. Un lien virtuel se crée entre le spectateur et l'acteur et délimite un espace d'expression.

Au sein de cet espace d'expression, le potentiel créatif de l'adolescent va se révéler et se développer progressivement. C'est cette capacité à rêver, à innover et à produire qui permet d'appréhender les différents constituants du Soi (Fleury F., 2003). En effet, en sollicitant sa créativité, le jeune va être en mesure de discerner ses goûts, ses valeurs, ses habiletés et ses manières d'agir et de réagir face à telle ou telle situation. Toutefois, pour que la créativité puisse s'exprimer pleinement, il est nécessaire que règnent des sentiments de confiance et de sécurité. Sans ces conditions, le lâcher-prise est plus complexe et par conséquent l'appréhension du Soi (Fleury F., 2003).

3.1.5. La relation à l'Autre

L'atelier théâtre est un lieu de partage et d'échange où la présence de l'Autre a un apport commun et un intérêt individuel. Au sein du groupe théâtre, il se crée une sorte de communauté avec des règles de vie, de respect, d'écoute et d'adaptation à l'Autre. Cela permet à chacun de se sentir libre et écouter. Ainsi, va se développer un regard positif inconditionnel de l'Autre sur

l'adolescent souffrant de refus scolaire anxieux. Ce changement de regard va avoir un impact sur la construction de l'image de soi, touchée dans cette pathologie. (Vandeveldel B., 2012)

La reconnaissance par l'Autre est un besoin vital de l'être humain. Elle est un des facteurs qui mène à la construction de son identité. Le fait de se sentir reconnu par l'Autre permet d'avoir la sensation d'exister ainsi qu'une place légitime au sein du groupe. « *Le besoin de la représentation humaine, voir et être vu, est un des ressorts les plus importants de la vie sociale, sorte de reconnaissance essentielle pour assumer sa vie. C'est aussi des tendances profondes, enfouies, lointaines qui se subliment sur la scène de théâtre* » (Reynaud M., 2014, p. 33). Par le biais de la médiation théâtrale, ce besoin de reconnaissance est aussi détaillé dans le but de développer et d'affirmer son identité.

3.2. La médiation théâtrale en ergothérapie

L'ergothérapeute de par sa fonction contenant prend une part essentielle dans la réalisation de la médiation théâtrale. Il maintient un cadre défini et structuré dans le temps, l'espace, et avec des règles communes à chacun. Sans la mise en place de ce cadre, le stade du miroir ne pourrait advenir. La présence du thérapeute est nécessaire à la construction de la pensée de l'adolescent et à sa reconstruction identitaire, mais comme l'indique Vandeveldel en 2012, « *plus que sa présence, c'est la parole de l'Autre qui ouvre la voie au travail de constitution du Sujet* » (Vandeveldel B., 2012, p. 133). Les temps d'échange sont essentiels. Ils visent à une prise de conscience, une orientation nouvelle voire une modification du comportement de l'adolescent.

L'observation des patients avec la vision du soin de l'ergothérapeute permet de limiter les risques liés au jeu théâtral (mise en situation d'échec, identification trop importante, distanciation avec la réalité trop faible par exemple). Avec la répétition des ateliers au cours du temps, l'ergothérapeute peut analyser au mieux les dissonances ressenties par chacun et ajuster les séances afin de répondre au plus près aux objectifs thérapeutiques définis en amont.

Le travail de l'ergothérapeute au sein d'une médiation théâtrale n'est jamais réalisé en autonomie. Des comédiens, metteurs en scène, infirmiers ou d'autres intervenants sont impliqués dans la mise en place de cette médiation. Cette collaboration enrichit la prise en

charge des patients atteints de refus scolaires anxieux (Lamotte F., 2010). En effet, l'adolescent pourra se nourrir de chaque intervenant. Tandis que le metteur en scène sera attentif à l'impact artistique et aux conseils techniques à apporter, l'ergothérapeute sera quant à lui attentif à l'impact des exercices effectués, aux risques de mise en échec et à l'adaptation des rôles en fonction de la situation personnelle de l'adolescent.

3.3. La médiation théâtrale auprès d'adolescents souffrants de RSA

Les sentiments d'angoisse et d'infériorité ressentis par ces adolescents vont avoir des conséquences importantes sur l'engagement dans de nouvelles occupations, sur leur responsabilité et sur l'amélioration de l'estime d'eux-mêmes. Il est donc nécessaire de favoriser le changement et les nouvelles expériences auprès de ces jeunes, car elles vont les amener à sortir de l'isolement et dépasser leurs craintes.

La médiation théâtrale est reconnue depuis plusieurs années comme un média approprié pour favoriser l'expression, développer l'imaginaire et renforcer la capacité à agir (Vandeveld B., 2012). En 2001 Nathalie Redlus a recueilli plusieurs témoignages auprès de patients qui ont participé à une médiation théâtrale. Ces derniers indiquent alors que la médiation théâtrale a un intérêt pour « *débloquer l'imaginaire, découvrir une partie de soi-même méconnue en jouant des personnages, dont les traits principaux différents de ceux de l'acteur, vaincre sa timidité, développer sa capacité à s'exprimer en public, s'épanouir par le plaisir du jeu théâtral et tisser des liens* » (Redlus N., 2001, p. 27).

Le théâtre est avant tout un espace de création. Au sein de la médiation, chaque intervenant va prendre la peau d'un personnage. Comme expliqué précédemment, l'utilisation de ce personnage imaginaire est une des clés fondatrices pour favoriser l'expression. En utilisant l'« autre imaginaire », le jeune se détache de ses angoisses qui le paralysent et peut ainsi « *exprimer des sentiments réels* » (Vandeveld B., 2012, p. 128). Quand le jeune incarne un personnage, il exprime son véritable « Moi ».

Cet espace de création offre également un espace de jeu ludique. Cette situation permet à l'adolescent de se libérer de ses angoisses et de retrouver de la confiance en soi, ainsi qu'une meilleure image de lui-même (Fleury F., 2003). Par ailleurs, le fait de jouer avec ses pairs favorise la communication et l'échange.

De plus, au sein du groupe, va se mettre en place un regard inconditionnel des adolescents entre eux. Ainsi le regard jugement qui s'est développé jusque là se transforme, dans les yeux de l'adolescent, en une vision positive. Ce dernier a moins peur et accepte mieux la critique de ses pairs.

En outre via sa propriété humaine, le théâtre permet au sujet de s'observer. Il devient l'observateur d'un objet qui est autre que lui-même. De cette capacité d'auto-observation vont naître des facultés à rêver, innover et créer de nouvelles situations et de nouvelles expériences. Au fil des séances, le jeune va prendre conscience du processus psychologique qu'il engage vis-à-vis de lui-même dans les relations sociales. C'est pourquoi le théâtre se justifie comme un « *instrument efficace pour la compréhension et la recherche de solutions à des problèmes sociaux et intersubjectifs* » (Boal A., 2002, p.20).

L'intérêt du théâtre est de développer des facultés croissantes dans les façons de penser et d'agir de la personne. Il est donc intéressant de transposer les changements observés lors de ces ateliers, dans la vie quotidienne de l'adolescent. Le fait de pouvoir affronter le regard des autres et dépasser leurs angoisses par des mises en situation « virtuelles » autour du cadre scolaire, permet à l'adolescent de les dépasser. Cette sensation de dépassement des angoisses est dynamisante pour le jeune. Ainsi, la capacité, pour les adolescents en refus scolaire anxieux, à surmonter les difficultés devient alors plus forte (Fleury F., 2003). Par conséquent, le théâtre permet de faire rejaillir les angoisses plus profondes telles que celles liées à la vie quotidienne de l'adolescent. En 2002, Reynaud, explique cela en disant : « *il y a une conquête lente, mais irréversible de soi-même. Le personnage de théâtre est à la fois une protection et un fantastique moyen de s'ouvrir. On ose ! Et ce qu'on ose sur scène, on peut progressivement l'oser dans la vie* » (Reynaud M., 2014, p. 36). Le thérapeute va alors veiller à ce que les patients puissent tirer acquis de leurs apprentissages en médiation théâtrale et les transposer dans la vie quotidienne. Que ce travail soit réalisé de manière consciente ou inconsciente chez le jeune, le thérapeute va par la mise en place du cadre, essayer de lui permettre cette transposition.

Problématique et hypothèse

En somme, le refus scolaire anxieux est une pathologie complexe, multifactorielle qui apparaît chez les adolescents de façon insidieuse. Le principal écueil est une déscolarisation progressive de l'adolescent, entraînant des répercussions sévères sur les occupations scolaires et extrascolaires. Cela est marqué par une anhédonie et une aboulie. Il est donc nécessaire de prendre en charge rapidement ces adolescents pour éviter la chronicisation des symptômes et des conséquences sur le long terme. Une prise en charge pluridisciplinaire en institution semble recommandée. À travers sa pratique, l'ergothérapeute dispose de plusieurs moyens pour participer à ce processus de rescolarisation de l'adolescent.

Parmi ces moyens, le théâtre semble un média approprié, car c'est un espace d'expression et d'affirmation de soi. Cette médiation thérapeutique a fait ses preuves depuis longtemps auprès de différentes populations psychiatriques. Son utilité pour favoriser la volition de la personne et pour redonner confiance en soi n'est plus à démontrer. Pour autant aucune étude n'a expérimenté cette médiation auprès de ce public dont le regard jugement par l'autre ainsi que l'image de soi est perturbé. Il semble donc intéressant d'évaluer ce type de médiation auprès de cette population en utilisant un cadre ergothérapeutique. En effet, par sa fonction contenant, l'ergothérapeute va pouvoir offrir un cadre thérapeutique structurant afin que l'adolescent puisse se développer pleinement dans l'atelier. Ainsi, il est possible de poser la question de recherche suivante : **En quoi la médiation théâtrale en ergothérapie favorise la réinsertion scolaire des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux ?**

Pour répondre à la problématique de cette recherche, il est possible d'émettre l'hypothèse suivante : **la médiation théâtrale en ergothérapie stimule la volition et participe au développement de l'estime de soi.** À travers la théorie explicitée précédemment, l'utilisation de cette médiation en ergothérapie auprès de ce public serait un des moyens pour permettre une rescolarisation efficace de l'adolescent en milieu ordinaire. Mais qu'en est-il dans la pratique ? Afin de permettre une première confrontation entre la théorie et la pratique, une enquête a été réalisée.

PARTIE B : CADRE EXPÉRIMENTAL

Pour rappel, la problématique de cette recherche est la suivante :

En quoi la médiation théâtrale en ergothérapie favorise la réinsertion scolaire des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux ?

Pour répondre à cette question de recherche, j'ai émis l'hypothèse suivante :

La médiation théâtrale en ergothérapie stimule la volition des adolescents souffrant de RSA et participe au développement de l'estime de soi.

Afin de répondre à cette question, une enquête a été réalisée. Cette partie s'attelle à la décrire. Dans un premier temps, la méthodologie d'enquête sera expliquée et argumentée aux vues de la littérature, s'en suivra la présentation et l'analyse des résultats obtenus et une discussion autour de ces derniers.

1. Méthodologie d'enquête

1.1. Objectifs

Les objectifs de cette enquête pour répondre à la question de recherche sont décrits ci-après :

- Identifier les bénéfices et les inconvénients de la médiation théâtrale en ergothérapie dans le développement de l'estime de soi des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux
- Déterminer les mécanismes mis en œuvre par l'ergothérapeute lors d'une médiation théâtrale pour stimuler la volition des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux

1.2. Population

Les personnes interviewées sont des ergothérapeutes diplômés d'état travaillant ou ayant travaillé en Hôpital Psychiatrique Infanto-Juvenil (HP-IJ) et/ou en Maison des Adolescents (MDA) et prenant en charge des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux. J'ai choisi cette catégorie d'âge, car les complications sont plus sévères chez les adolescents et parce que l'entrée dans le refus scolaire anxieux est liée à des troubles identitaires.

Ainsi les critères d'inclusion sont les suivants :

- Ergothérapeutes prenant en charge des adolescents âgés de 12 à 18 ans
- Utilisation de la médiation théâtrale dans la pratique courante
- Utilisation de la médiation théâtrale avec des adolescents souffrant de RSA depuis plus d'un an afin d'avoir un retour d'expérience sur l'impact de cette thérapie au niveau de l'estime de soi et de la réinsertion scolaire.
- Travailler dans des structures différentes pour limiter les biais liés aux centres

Concernant les critères d'exclusion, aucun élément pouvant fausser la méthodologie de cette recherche n'est à souligner.

Cent quatorze ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnés. 21 ergothérapeutes exerçant dans des hôpitaux psychiatriques infanto-juvénile ont été contactés par téléphone et/ou par email. Tous les 15 jours, une relance par email et/ou téléphone a été effectuée. En parallèle, un emailing a été envoyé aux 93 Maisons des Adolescents de France métropolitaine à partir d'un listing récupéré sur internet. En l'absence de retour, deux relances téléphoniques ont été réalisées. L'annexe II résume les réponses obtenues. Finalement, 3 entretiens téléphoniques ont pu être effectués entre le 20 avril et le 5 mai 2020. La durée moyenne des entretiens est d'environ 45 minutes.

1.3. Méthode de collecte de données

La récolte des données a été effectuée par des entretiens. Selon Van Campenhoudt et Quivy, l'entretien permet au chercheur d'analyser le « *sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences* » (Van Campenhoudt L., 2011, p. 172). Cet outil méthodologique favorise le recueil de données qualitatives plus que quantitatives.

Contrairement au questionnaire ou à l'observation par exemple, l'entretien permet d'avoir un récit d'expérience et une trajectoire de vie. C'est pourquoi il me semble plus judicieux dans mon cas de comprendre l'impact de la médiation théâtrale dans la reconstruction identitaire du jeune via cet outil.

J'ai décidé d'utiliser l'entretien semi-dirigé, car il permet d'explorer les pratiques des ergothérapeutes en leur laissant la liberté d'aborder des sujets auxquels nous n'aurions pas pensé, tout en permettant de guider leurs récits vers les aspects de l'étude. Selon Imbert, il existe cinq grandes étapes dans la réalisation d'un entretien semi-dirigé : la partie préalable au terrain, le pré-test, le contexte de réalisation de l'entretien, le déroulement de l'entretien et le traitement et l'analyse des données (Imbert G., 2010). La définition du cadre de l'entretien est une dimension importante. Hervé Fenneteau indique que trois éléments sont essentiels pour assurer un entretien de qualité : le lieu et le moment, le profil de l'interviewé (trouver une bonne distance sociale) et les liens contractuels (définition des rôles) (Fenneteau H., 2015). Par conséquent, j'ai pris le temps avant chaque entretien de définir un lieu et un horaire avec l'ergothérapeute et de lui expliquer le rôle et l'objectif de chacun. Le sujet de l'enquête a été également révélé en amont de l'entretien, comme le suggère Romelaer P. en 2005 dans son article sur « *L'entretien de recherche* ». Toutefois, ni la problématique ni l'hypothèse n'ont été transmises à l'interviewé pour éviter que cela biaise ses réponses.

Le guide d'entretien a été divisé en plusieurs parties (cf. annexe III). Ce dernier a pour but, dans un premier temps, de recueillir les données sociodémographiques de la personne interviewée afin de valider les critères d'inclusion. Cela permet aussi de connaître le parcours professionnel de la personne interrogée et ainsi avoir une meilleure vue d'ensemble de cette dernière. Ensuite l'entretien s'axe sur la question de la médiation théâtrale. Une série de questions permet alors de mieux appréhender l'utilisation de cette médiation en ergothérapie auprès de ce public. Il a pour but d'identifier les leviers thérapeutiques mis en œuvre par cette médiation et les impacts sur les adolescents souffrants de refus scolaire anxieux. Cette partie évalue ainsi comment la médiation théâtrale peut favoriser la volition chez ces adolescents. La troisième partie a pour objectif de comprendre plus précisément le lien entre la médiation théâtrale et l'affirmation de soi chez ces adolescents. Pour finir, une question d'ouverture permet à l'ergothérapeute interviewé d'apporter des connaissances supplémentaires sur des éléments qui lui semblent importants.

1.4. Limites et critique de l'outil

L'entretien semi-dirigé permet d'obtenir des données dites qualitatives et non quantitatives. Les résultats obtenus sont donc des données subjectives qui font suite aux représentations propres des ergothérapeutes interviewés. Elles ne représentent pas la totalité des pratiques des ergothérapeutes. De plus ce biais de subjectivité peut être renforcé par un manque d'objectivité du chercheur lors de la passation de l'entretien (rire, approbation verbale...).

En parallèle, le biais de représentativité dû à la taille de l'échantillon est aussi à souligner. Sur 114 demandes initiales, seulement 3 ergothérapeutes ont été interrogés dans le cadre de cette recherche. Ceci s'explique par le nombre très faible d'ergothérapeutes travaillant en pédopsychiatrie et plus particulièrement auprès de cette population et à la crise sanitaire du COVID-19 qui s'est déclarée au cours de la phase exploratoire de ce mémoire.

2. Résultats et analyse

En tenant compte des données issues du terrain, l'analyse de l'enquête est divisée en deux parties. Tout d'abord, une présentation des résultats bruts est effectuée. Puis, à partir de ces résultats, une analyse transversale des entretiens a été menée pour chaque objectif.

2.1. Présentation des résultats

Les résultats des entretiens semi-directifs réalisés avec les ergothérapeutes sont présentés sous forme de tableau reprenant les mots clés de chaque intervenant en fonction des différentes questions abordées. Après chaque tableau, une brève analyse des liens entre les réponses a été effectuée pour souligner les éléments centraux à retenir. A noter que l'entretien réalisé avec l'ergothérapeute n°1 est retranscrit dans son intégralité en annexe IX.

2.1.1. Expérience professionnelle des ergothérapeutes interrogés

Tableau 1: Caractéristiques de la population (N=3)

Ergothérapeute	E1	E2	E3
Expérience	13 ans	3 ans	5 ans
Type de structure	HPIJ*	HPIJ	HPIJ
Population accueillie : âge et problématique principale	13-18 ans RSA*, psychoses	12-18 ans RSA, psychoses, TCA*	13-18 ans RSA, psychoses, dépression
Expérience avec des adolescents	9 ans	2 ans	5 ans
Formation à la médiation théâtrale	Oui, formation AFAR	Aucune	Oui, formation COPES

* Note : HPIJ : Hôpital Psychiatrique Infanto-juvénile ; RSA : Refus Scolaire Anxieux ; TCA : Troubles des Comportements Alimentaires

Les ergothérapeutes interrogés exercent tous les trois depuis plus d'un an auprès d'adolescents au sein d'un service spécialisé. Ainsi, les critères d'inclusion sont respectés. Par ailleurs, deux ergothérapeutes sur 3 ont réalisé une formation spécifique à la médiation théâtrale.

2.1.2. L'orientation des adolescents RSA vers la médiation théâtrale

Tableau 2 : Résultats sur l'orientation des adolescents RSA vers la médiation théâtrale en fonction de chaque ergothérapeute

	E1	E2	E3
Réunion	Oui, chaque semaine « En plus, il y a une grosse réunion annuelle de médiation »	« On avait une réunion toutes les semaines. On discutait de tous les jeunes présents »	« Il y a une réunion par semaine où on discute des différents cas »
Orientation : Prescription médicale et mode de recrutement	Oui « Chaque médecin propose les patients potentiels » « L'idée c'est qu'il puisse s'inscrire au long cours dans la médiation »	Oui « Il y avait des jeunes qui restaient un mois pas plus et d'autres plus longtemps donc il fallait adapter le groupe en permanence »	Oui « Sert à réaliser un travail de socialisation, affirmation de soi »
Contre-indication	« Pour les phobies scolaires, il n'y a pas	« En tout cas pour les phobies scolaires, ce	« Difficile à réaliser avec des adolescents qui

vraiment de contre-indications. S'il est vraiment réfractaire au théâtre c'est compliqué ». « Il ne faut pas mettre en difficulté la troupe »	n'étaient pas du tout contre-indiqué bien au contraire. »	présentent des angoisses majeures car la mise à nu sera trop compliquée »
--	---	---

Pour les 3 ergothérapeutes, une réunion est indispensable avant de démarrer un groupe de médiation théâtrale. L'orientation se fait, pour chacun, sur prescription médicale. Ils indiquent qu'il n'y a pas ou peu de contre-indications à la médiation théâtrale pour les adolescents souffrant de refus scolaire anxieux. Toutefois E1 et E3 expliquent qu'il faut faire attention à ne pas inclure de patients trop réfractaires ou ayant des angoisses majeures.

2.1.3. L'intérêt du travail pluridisciplinaire

Tableau 3: Résultats sur l'intérêt du travail pluriprofessionnel au sein de la médiation théâtrale en fonction de chaque ergothérapeute

	E1	E2	E3
Présence paramédicale	« Avec moi, il y avait soit un infirmier ou un aide-soignant ou un éducateur »	« Il y avait soit une infirmière soit un éducateur avec moi, ça dépendait des semaines »	« Un psychologue et/ou une infirmière sont présents »
Intérêts du travail en équipe	« Nous sommes garants du cadre »	« Les adolescents pouvaient ainsi avoir un autre regard des soignants »	« Permettent d'aider à poser le cadre thérapeutique, indispensable pour permettre la réalisation de l'activité »
Personne extérieure au service	Oui, professeur d'art dramatique	Oui, art-thérapeute	Non
Apport de cette personne tierce	« A mon sens, c'est indispensable qu'il y ait une personne de l'extérieur ». « Il a un autre regard que le regard soignant et ça change tout pour les adolescents. Ils sont plus réceptifs »	« Avec l'art-thérapeute, les adolescents investissent pleinement l'atelier »	

Les ergothérapeutes interrogés soutiennent que la médiation théâtrale ne peut se faire seul. D'autres soignants doivent être présent pour encadrer l'atelier. Par ailleurs, 2

ergothérapeutes sur 3 indiquent que la présence d'une tierce personne (professeur d'art dramatique, comédien...) est indispensable selon eux pour favoriser la libération de la parole.

2.1.4. La médiation théâtrale

- Le déroulement de la séance

Tableau 4: Résultats sur le déroulement d'une séance type de médiation théâtrale avec des adolescents RSA en fonction des ergothérapeutes

	E1	E2	E3
Cadre spatial et temporel	« C'est dans un lieu bien défini à un horaire précis » « On essaye au maximum de faire venir seul l'adolescent pour que la motivation vienne de lui-même »	« Vers le lieu où se faisait la médiation »	« La médiation se déroule toujours dans la même salle [...] permet aux jeunes d'avoir confiance en ce lieu où la parole est libre »
Préparation et échauffement	« Un échauffement en groupe tous ensemble [...] puis il y a très souvent un exercice sur la scène en groupe »	« Temps d'échauffement qui est important car il permet de remobiliser la troupe, de retrouver de l'énergie », « On faisait aussi un travail sur les émotions »	« Temps d'échauffement où on prend la météo intérieure »
Composition de la séance	« Travaille de la pièce ou petits exercices d'improvisation ». « Pendant que certains sont sur scène, les autres regardent et doivent être spectateur avec une écoute et un regard attentif ». « On peut aussi attribuer des rôles sur la technique [...], ça renforce leur ancrage dans le groupe et ça permet de les valoriser »	« La séance était composé d'impro mais [...] le thème n'était jamais complètement libre dans le sens où si tu laisses les ados complètement libres sans rien leur donner, ça peut être très bloquant pour eux »	« Exercices et scènes d'improvisation dont les thèmes étaient préparés par moi-même et les autres soignants en fonction du travail souhaité »
Temps d'échange	« Il y a un temps de discussion en fin de séance pour débriefer de ce qui a été vu, appris... »	« A la fin de la séance, on avait un temps de debriefing de 15 minutes ». « Ce temps d'échange se poursuivait sur le chemin du retour vers l'unité »	« Se finit toujours par un rituel d'aurevoir avec un temps de discussion plus ou moins long »

Comme l'indique le tableau 4, les 3 ergothérapeutes sont d'accord sur le déroulement global de la médiation théâtrale. Elle se déroule dans un lieu défini. Les séances commencent toujours par un échauffement. Les 3 ergothérapeutes utilisent l'improvisation comme jeu théâtral. E1 utilise en plus la mise en scène d'une pièce. Chaque médiation se termine par un temps d'échange.

- L'apport thérapeutique

Tableau 5: Résultats sur l'apport de la médiation théâtrale chez les adolescents RSA en fonction des ergothérapeutes

E1	<p>« Il faut qu'il soit motivé » « Essayer l'atelier théâtre c'est comme essayer de retourner à l'école, même si on ne veut pas, on peut peut-être se dire qu'au moins on peut essayer » « Avec l'atelier théâtre, on va pouvoir essayer différents scénarios » « Avant de subir au quotidien cette scène, on peut la jouer et ainsi mieux l'appréhender » « On ne peut pas refaire la vie mais on peut refaire la scène plein de fois et ça c'est cool ! » « Apprendre à gérer une émotion qu'on n'a pas forcément su gérer à un moment. » « Le personnage joue le rôle de filtre/barrière » « C'est juste drôle, agréable, sympa de pas être soi parce qu'être soi s'est parfois compliqué » « Cette source d'amusement joue beaucoup dans la revalorisation de soi »</p>
E2	<p>« Création et ouverture vis-à-vis des autres » « Ils vont pouvoir se lâcher et c'est qui est très intéressant. » « Cet espace de théâtre, ça lui permet de faire des tests [...] et que si ça ne marche pas ce n'est pas grave car c'est le personnage qui joue » « Il a expliqué aux autres que ce personnage s'était lui mais que grâce à eux, aux autres jeunes, il a pu évoluer. L'apport du groupe était très fort. »</p>
E3	<p>« Socialisation » « Dédramatisation des situations de la vie grâce au jeu du « faire semblant » « Se mettre dans la peau d'un autre peut les aider à travailler leurs propres projections » « Fonction cathartique du théâtre [...] les aide à s'exprimer sans détours »</p>

Les ergothérapeutes interrogés indiquent que la médiation théâtrale a un apport thérapeutique chez des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux pour différentes raisons : source de motivation, possibilité d'appréhender une situation complexe, espace de jeu et de divertissement, gestion des émotions...

2.1.5. La médiation théâtrale pour développer l'estime de soi

- La faible estime de soi chez les adolescents RSA

Tableau 6: Résultats sur l'évaluation de l'estime de soi chez les adolescents RSA en fonction des ergothérapeutes

E1	« Ils ont une faible estime d'eux-mêmes » « L'image de soi est compliqué »
E2	« La faible estime de soi c'est quelque chose qu'on voit très bien chez ces adolescents » « Vont être en retrait, [...] avoir tendance à se dévaloriser » « Veulent tout faire parfaitement de suite » « Se dévalorisent beaucoup »
E3	« Peu de confiance en eux » « Honteux » « Très effacé au début de la médiation »

Les trois ergothérapeutes interrogés expliquent que les adolescents souffrant de refus scolaire anxieux ont une faible estime d'eux-mêmes et que cela se traduit par une mise en retrait, un repli sur soi, une honte et une image de soi complexe. Par ailleurs, E2 ajoute que ces adolescents sont très exigeants envers eux-mêmes.

- L'intérêt de la médiation théâtrale dans le développement de l'estime de soi

Tableau 7: Résultats sur l'intérêt de la médiation théâtrale dans le développement de l'estime de soi en fonction des ergothérapeutes

	E1	E2	E3
Avantages	« L'idée c'est de jouer, s'amuser [...] avec des vrais émotions » « L'effet de la troupe. La notion de groupe qui est indispensable » « Retrouver une illusion groupale » « Pour un ado RSA qui a été écarté, se retrouver dans un groupe d'adolescent c'est assez conséquent sur la construction identitaire et la revalorisation de l'estime de soi »	« Voir les retours qui sont fait par les pairs c'est autre chose, c'est beaucoup plus parlant » « Plaisir de jouer et de se mettre en situation » « Se mettre en jeu c'est plus facile qu'avec des adultes qui peuvent avoir une barrière sociale » « Chez les adolescents, il se passe beaucoup de choses » « Regard bienveillant entre eux »	« Réussir à se dépasser, à proposer des productions » « Le groupe a très souvent une fonction moteur dans la revalorisation de l'estime de soi, il est contenant et valorisant » « Le sujet est amener aussi à entrer dans le jeu, à s'amuser » « Lien autour du jeu [...] qui ouvre les portes du monde qui l'entoure »

	<p>« Réussir à monter une pièce, à aboutir un projet commun c'est autant de choses qu'apportent le théâtre sur la construction du jeune »</p> <p>« On donne beaucoup de nous dans la construction du personnage »</p> <p>« Réussir à se montrer sans se montrer »</p> <p>« Il y a beaucoup d'intérêt positif du théâtre dans la revalorisation de l'estime de soi »</p>	<p>« On voit une progression au cours des séances. Ça remet petit à petit en confiance »</p> <p>« J'ai le souvenir d'un adolescent très renfermé [5 ans hors cadre scolaire] qui s'est ouvert petit à petit dans l'atelier une fois rassuré sur ses compétences. Ça lui a permis de reprendre confiance en lui et de reprendre des cours dans la structure, ce qui est un premier pas vers une rescolarisation ».</p>	
Inconvénients	<p>« Difficulté pour faire le premier pas. Se mettre à nu c'est compliqué »</p> <p>« Il y a plus d'avantages que d'inconvénients »</p>	<p>« Au début, ils ont de la résistance face à la médiation car ils ont peur de l'autre »</p> <p>« Ils ont des contradictions dans ce qu'ils font et disent »</p>	<p>« Vivent mal parfois leurs premières séances théâtrales car n'osent pas entrer dans le jeu [...] besoin d'instaurer un climat de confiance »</p>

Deux ergothérapeutes interrogés sur trois soutiennent verbalement qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients à utiliser la médiation théâtrale dans le développement de l'estime de soi. Le troisième ergothérapeute ne l'évoque pas clairement mais l'a également fait sous-entendre. Que ce soit E1, E2 ou E3, les trois ont évoqué à leur manière l'importance du groupe dans la revalorisation de soi, ainsi que la capacité à s'amuser. Parmi les inconvénients cités, les 3 ergothérapeutes s'accordent pour dire que l'inconvénient de la médiation théâtrale avec ces adolescents c'est la difficulté à se mettre à nu et à lâcher prise.

2.2. Analyse transversale des résultats

À partir de ces résultats, une analyse a été effectuée. Elle permet de confronter les résultats entre eux en fonction des thèmes abordés lors de cette enquête : les mécanismes mis en œuvre par l'ergothérapeute au cours de la médiation théâtrale pour stimuler la volition des adolescents souffrant de RSA et les avantages et inconvénients de la médiation théâtrale pour développer l'estime de soi.

2.2.1. Thème 1 : Les mécanismes pour stimuler la volition

Sur les 3 ergothérapeutes interrogés, le terme de volition n'a jamais été souligné. Si E1 évoque précisément à plusieurs reprises le terme de « *motivation* », E2 et E3 le font sous-entendre plusieurs fois au cours de leurs entretiens. Des éléments caractéristiques permettant de stimuler le processus volitionnel de l'adolescent au sein de la médiation théâtrale ont été décrits par ces professionnels. Ils reposent sur 3 points essentiels : le lieu, l'importance du travail en équipe et le choix du jeu théâtral.

- **L'importance du lieu théâtre**

La notion de lieu est un élément clé pour permettre à l'adolescent de s'engager pleinement dans la médiation théâtrale. Que ce soit pour E1, E2 ou E3, il est indispensable de séparer le lieu de soin du lieu « théâtre ». Comme l'indique E3, travailler dans un lieu bien défini, permet à l'adolescent de se sentir plus à l'aise et ainsi à la parole de se libérer. E2 ajoute que cela donne la possibilité à l'adolescent d'avoir un autre regard sur le soignant et par conséquent sur l'adulte. Ils ne voient plus l'adulte comme une source d'autorité, mais comme un camarade de jeu avec lequel ils vont pouvoir échanger et se livrer.

Utiliser un lieu spécifique va permettre également aux ergothérapeutes de travailler sur les facultés d'autonomisation des adolescents, leur indépendance et par conséquent leur capacité d'adaptation occupationnelle. En effet, ce sont à eux de venir seuls à la médiation théâtrale. C'est E1 qui a principalement abordé ce sujet en indiquant que « *l'on devait essayer au maximum de le faire venir seul pour l'autonomiser dans sa prise en charge et pour que la motivation vienne de lui-même* ». Cependant, tous ont y fait plus ou moins allusion. Au sein de ce lieu défini, l'intervention conjointe de plusieurs professionnels semble participer à l'adhésion des adolescents au sein de la médiation.

- **L'importance du travail pluriprofessionnel**

La fonction des accompagnants semble également prendre une place essentielle pour favoriser la participation des adolescents. Chaque ergothérapeute interrogé est d'accord pour dire que la médiation théâtrale ne peut pas se faire à un seul soignant. Infirmier, psychologue, aide-soignant ou éducateur sont autant de métiers évoqués par ces derniers comme des binômes

potentiels pour co-construire l'atelier avec l'ergothérapeute. Comme l'indique E3, ils « *permettent d'aider à poser le cadre thérapeutique, indispensable pour permettre la réalisation de l'activité* ». E1 ajoute que ces professionnels de santé, ergothérapeute compris, sont les garants du cadre. Ils prennent donc une part importante dans la bonne réalisation de l'activité, dans la mise en confiance des adolescents et favorise ainsi le lâcher prise. E2 explique que la mise en place de règles imposées en début d'atelier évite les critiques blessantes entre adolescents.

Par ailleurs que ce soit E1 ou E2, les deux ont évoqué l'importance d'avoir une personne tierce pour conduire l'atelier. Cette personne extérieure pose sur les adolescents un autre regard que le regard soignant. Peu importe son métier, professeur d'art dramatique, comédien ou art-thérapeute, il apporte un regard neuf ce qui a un impact sur le lâcher prise de l'adolescent. Comme l'indique E1, « *il a un autre regard que le regard soignant et ça change tout pour les adolescents. Ils sont plus réceptifs* ». D'autre part, c'est lui qui dirige l'atelier, choisit les rôles, reprend les adolescents sur leurs techniques de jeu. Ainsi les adolescents sont plus à même d'écouter, de comprendre et de moduler leurs jeux. Ils « *investissent pleinement l'atelier* » (E2). Pour E3, cette tierce personne n'est pas nécessaire à partir du moment où les adolescents se sentent en confiance avec le personnel soignant. C'est d'ailleurs à ces derniers « *de tout faire pour changer le regard de l'adolescent* ». Ces accompagnants, soignants ou personnes tierces ont un rôle également dans le choix du type de jeu théâtral mené au cours de l'atelier.

- **Le choix du jeu théâtral**

Les trois ergothérapeutes interrogés indiquent utiliser l'improvisation au cours des séances de médiation théâtrale. Cette technique de jeu théâtral semble être un outil efficace pour permettre aux jeunes de dédramatiser l'école et renforcer leurs motivations à s'engager face à certaines situations. Travailler autour de situations concrètes permet aux jeunes de mieux les appréhender et de savoir réagir en fonction. Par ailleurs, à l'atelier théâtre, les adolescents vont pouvoir faire des tests et « *dédramatiser des situations de la vie* » (E3). Ils vont ainsi être susceptibles de se mettre dans la peau d'un personnage, ce qui comme l'explique E3, « *peut les aider à travailler leurs propres projections* ». Le théâtre a alors une fonction cathartique. E2 évoque le cas d'une jeune fille qui a pu verbaliser que le fait d'utiliser des personnages, ça lui a permis de tester des choses et ainsi travailler sa relation avec les autres, car selon elle « *si ça ne marche pas ce n'est pas grave, c'est le personnage qui joue* ». E1 complète ce propos en

indiquant que le personnage « *joue le rôle de filtre/barrière* ». Néanmoins, les ergothérapeutes interrogés s'accordent pour dire que les saynètes d'improvisation doivent être accompagnées pour éviter les angoisses. Un thème est toujours fourni en amont par les soignants. Il permet d'accompagner les adolescents. En effet, cela peut être bloquant pour eux d'être complètement libre. Il est donc essentiel d'initier la scène d'improvisation comme l'indiquent E1 et E2.

En parallèle, l'ergothérapeute E1 construit au sein de son groupe de médiation théâtrale une pièce de théâtre. Sur les 3 ergothérapeutes interrogés, c'est le seul qui a évoqué utiliser la mise en scène d'une pièce de théâtre comme technique de jeu. Pour lui, cette technique est importante pour favoriser l'adhésion de l'adolescent au sein de la médiation. En effet, le fait de « *monter une pièce et d'aboutir à un projet commun* » permet aux jeunes de s'engager plus facilement dans le projet, car ils en sont acteurs de A à Z.

Par conséquent, à l'écoute des ergothérapeutes interrogés, l'utilisation de la médiation théâtrale pour stimuler la volition des adolescents souffrant de RSA semble reposer sur une triade constituée du cadre thérapeutique, du travail pluriprofessionnel et du choix du jeu théâtral.

2.2.2. Thème 2 : l'intérêt de la médiation théâtrale pour développer l'estime de soi

- **Une estime de soi affaiblie**

Les difficultés liées à une mauvaise estime de soi ont été particulièrement mises en avant par les ergothérapeutes interrogés. Les 3 ergothérapeutes s'accordent pour dire que les adolescents souffrants de refus scolaire anxieux ont une « *image de soi compliqué* » (E1). Cette faible estime de soi se caractérise par plusieurs phénomènes. E3 explique que les adolescents sont honteux avec un manque de confiance évident. De nature réservée et en retrait, ils vont « *avoir tendance à se dévaloriser* » (E2). E1 indique que cette mise en retrait fait suite obligatoirement à des moments de vie traumatisants auxquels ils ont été confrontés, mais nuance son propos en disant que l'image de soi reste compliquée à gérer, quel que soit l'adolescent (RSA ou non). E2 ajoute qu'en plus de cette mise en retrait, ces jeunes sont très exigeants envers eux-mêmes. Par conséquent, ils ne sont jamais satisfaits de leurs réalisations et ont un manque de confiance évident. C'est l'ensemble de ces facteurs mis bout à bout qui

semblent induire chez ces adolescents des difficultés à développer une estime de soi harmonieuse. Les 3 ergothérapeutes interrogés soutiennent qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients à utiliser la médiation théâtrale dans le développement de l'estime de soi.

- **Les avantages de la médiation théâtrale pour développer l'estime de soi**

Que ce soit E1, E2 ou E3, tous ont soutenu que la médiation théâtrale a un pouvoir de réaffirmation de soi important. E2, par exemple, indique que des adolescents renfermés se sont ouverts dans le jeu, après avoir investi l'atelier. E3 valide ses propos en expliquant que les avantages sont multiples s'il existe « *un climat de confiance avec le thérapeute et le groupe* ». Le groupe justement est, pour E3, un élément essentiel. Selon lui, il a une « *fonction moteur dans la revalorisation de soi* ». Pour E1, le groupe est indispensable dans la reconstruction identitaire, il y a « *un effet troupe [...] qui permet de retrouver une illusion groupale* ». Le groupe semble être le moyen le plus efficace pour revaloriser l'estime de soi de ces jeunes. Il est « *contenant et valorisant* » (E3). En effet, ces adolescents qui ont été mis à l'écart par les autres jeunes de leurs âges se retrouvent pour une fois au sein d'un vrai groupe avec d'autres adolescents. Ils peuvent ainsi reprendre une place au sein d'un groupe. E2 donne l'exemple d'un adolescent très renfermé et en retrait qui grâce au groupe et à son apport a pu évoluer au sein de la médiation théâtrale. Par la suite, cet adolescent a verbalisé que l'apport du groupe avait été très fort.

Par ailleurs, il explique que tous les adolescents sont dans le « *même bateau* » et qu'il y a par conséquent un « *regard bienveillant* » entre eux. E1 évoque l'importance d'une écoute et d'un regard attentif au sein du groupe. Il remet en question la place du « *juge* » lorsque les adolescents sont spectateurs d'une scène en indiquant que c'est à ces derniers d'apporter des critiques constructives. En effet, l'impact des critiques qui sont émises par les autres membres du groupe a un poids plus important pour l'adolescent souffrant de RSA. Ayant vécu des situations traumatisantes avec des jeunes du même âge, l'adolescent souffrant de RSA est plus à l'écoute des critiques venant des pairs. Comme l'explique E2, « *les retours qui sont faits par les pairs c'est autre chose, c'est beaucoup plus parlant* ». Ce regard bienveillant des adolescents entre eux permet aux jeunes de s'investir dans la médiation et de prendre du plaisir.

La notion de plaisir provoquée par la médiation théâtrale semble également être un avantage, pour les 3 ergothérapeutes interrogés. En effet, la médiation théâtrale est particulièrement adaptée à une population d'adolescent. Ces derniers sont à un « *âge*

charnière » comme l'indique E2, à mi-chemin entre l'enfance et l'adulte. Ils commencent à se construire en tant qu'adulte pour autant certaines caractéristiques de l'enfance sont toujours présentes. Les capacités à jouer, à se mettre en situation sont toujours d'actualité alors que ces dernières peuvent être plus difficiles à révéler à l'âge adulte. Ceci s'explique notamment par la mise en place d'une certaine barrière sociale. Ainsi, aller piocher dans quelque chose qui est « *enfantin, drôle et amusant* » reste plus facile avec les adolescents. E1 ajoute que cette notion de plaisir est forte chez les jeunes, car selon lui la médiation théâtrale permet de mettre une distance entre le réel et le virtuel. La médiation théâtrale a un côté divertissant et « *c'est juste drôle, agréable, sympa, de ne pas être soi parce qu'être soi pour un adolescent c'est parfois compliqué* ». Il accentue son propos en indiquant que cette source d'amusement que permet le théâtre joue un rôle essentiel dans la revalorisation de soi. Cette possibilité de jouer leur permet de travailler sur les émotions. Comme l'indique E1, les adolescents vont pouvoir « *jouer avec de vraies émotions* ». Ils peuvent ainsi mieux les comprendre, les refaire, les ressentir. E2 confirme ce postulat en expliquant qu'il y a un vrai travail autour des émotions. Il appuie son propos en prenant en exemple un adolescent déscolarisé depuis 5 ans, qui par le jeu et l'expression des émotions, a pu reprendre confiance en lui et reprendre progressivement le chemin de l'école. Pour E3, la faculté à jouer permet à l'adolescent « *d'ouvrir les portes du monde qui l'entoure* ». Cette capacité à jouer et à prendre du plaisir est également une source de volition pour les adolescents. En effet, la participation des adolescents sera plus forte s'ils prennent du plaisir. Cela renvoi aux centres d'intérêts qui est une composante de la volition. Néanmoins cette prise de plaisir n'est possible que si l'adolescent investit pleinement l'atelier. Pour les ergothérapeutes interrogés, il apparaît donc que la médiation théâtrale présente certaines limites. Cette notion de plaisir renvoi également à la définition de la volition

- **Les limites de la médiation théâtrale pour développer l'estime de soi**

La mise à nu et le lâcher prise sont des conditions sine qua non pour s'engager dans la médiation théâtrale et y trouver des bienfaits thérapeutiques. Les 3 ergothérapeutes indiquent que cette mise à nu est parfois compliquée pour les adolescents souffrant de RSA. Alors qu'E2 explique « *qu'ils ont de la résistance au début* », E3 ajoute que « *certains vivent mal parfois leur première séance théâtrale* ». E3 appuie son propos en indiquant que c'est d'autant plus complexe pour les adolescents qui présentent « *des angoisses majeures* ». Bien qu'il n'y ait pas de contre-indications à utiliser la médiation théâtrale avec des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux, il faut faire attention au ressenti du jeune face à ce type de médiation. Comme

l'explique E1, le problème n'est pas pour le jeune en question, mais pour l'organisation générale du groupe, « *il ne faut pas mettre en difficulté la troupe* ». Pour contrecarrer cette difficulté, chaque ergothérapeute indique qu'une phase d'essai ou d'initiation à la médiation théâtrale est indispensable avant d'intégrer le groupe. Cette phase a pour but de mettre à l'aise l'adolescent et de diminuer les angoisses. En effet, les ergothérapeutes vont pouvoir tester différentes techniques et proposer différentes situations. Cela se passe généralement sur plusieurs séances, car on peut être plus à l'aise sur un exercice que sur un autre.

Si l'on résume, les ergothérapeutes interrogés sont tous d'accord pour indiquer que la médiation théâtrale présente des avantages certains pour développer l'estime de soi chez des adolescents souffrant de RSA. Néanmoins, cette médiation demande un lâcher-prise qui peut être compliqué. En effet, certains ont une difficulté pour faire le premier pas. Il est donc important que l'ergothérapeute et le groupe mettent en confiance l'adolescent pour qu'il adhère pleinement à la médiation et puisse y trouver des bénéfices thérapeutiques.

3. Discussion

Après l'analyse des résultats, je vais dans un premier temps faire un retour sur l'hypothèse de recherche. Puis je recentrerai les résultats obtenus avec la littérature existante et le cadre théorique explicité précédemment. Enfin, les limites de cette étude seront abordées ainsi que son implication thérapeutique.

3.1. Retour sur l'hypothèse

Les résultats de cette étude montrent que la médiation théâtrale est un outil efficace dans la prise en charge des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux. En effet, cette activité thérapeutique, adaptée à leur âge pivot, présente des propriétés telles que la notion de plaisir, la confrontation avec les pairs ou l'espace d'expression.

De plus, l'ergothérapeute semble prendre une part essentielle dans la bonne conduite de cette médiation et dans l'adhésion des adolescents. En travaillant autour d'un cadre défini, dans un lieu spécifique, l'ergothérapeute va favoriser la motivation de l'adolescent au sein de la médiation. Il permet également de stimuler son autonomisation et son indépendance. Son travail en interprofessionnalité au sein de cette médiation permet à l'adolescent de s'y impliquer. Les

adolescents ont un regard neuf et bienveillant envers les différents professionnels. Bienveillance qu'ils vont également développer au sein du groupe. Cette notion de groupe a, d'après les résultats obtenus, un rôle prépondérant dans la revalorisation de l'estime de soi des adolescents. En effet, ces jeunes, qui ont été exclus, se retrouvent de nouveau avec leurs pairs. Il va se créer ainsi un moment d'échange et de complicité. Par ailleurs, la médiation théâtrale permet aux adolescents de jouer et de s'amuser, chose qui semble compliquée chez eux. Ce côté divertissant va permettre aux adolescents de se revaloriser, de reprendre confiance en eux et de s'ouvrir aux pairs.

Ainsi, à la vue des résultats obtenus lors de cette enquête, il est possible de se positionner de façon positive quant à l'hypothèse de recherche. Nous pouvons indiquer que **l'hypothèse** affirmant que « la médiation théâtrale en ergothérapie stimule la volition des adolescents souffrant de RSA et participe au développement de l'estime de soi » **est validée**. Néanmoins, le faible échantillonnage ou les biais méthodologiques liés à cette étude vont venir nuancer cette affirmation. Ces limites seront discutées dans un second temps. Avant tout, nous allons revenir contrebalancer nos résultats avec la littérature et le cadre théorique de cette étude.

3.2. Mise en relation avec la littérature

Tout d'abord, les résultats montrent que les adolescents souffrant de RSA présentent une estime d'eux-mêmes affaiblie. Ils sont en retrait, effacés, timides et ont une image d'eux-mêmes dévalorisée. Si l'on reprend les travaux menés par Romani en 2017 sur le profil psychopathologique des adolescents souffrant de RSA, la baisse de l'estime de soi se caractérise par un repli et un isolement. Holzer explique aussi dans son article sur le refus scolaire que les adolescents ont une faible estime d'eux-mêmes et qu'ils « *n'osent plus interagir avec les pairs, qu'ils évitent ou qu'ils fuient* » (Holzer L., 2006). Ainsi, les résultats obtenus semblent corrélés avec la littérature. Néanmoins, il est possible de se poser la question de l'évaluation de l'estime de soi.

En effet concernant cette étude, l'évaluation de l'estime de soi repose uniquement sur des ressentis subjectifs à chaque ergothérapeute. Mais est-ce vraiment la réalité ? Comment s'assurer que la mise en retrait évoqué par les ergothérapeutes est associée à une baisse de l'estime de soi ou uniquement à un sentiment de timidité face au groupe ? Comment s'assurer

également d'une évolution au cours de l'atelier ? Pour répondre à ces questions, l'utilisation de grille évaluant l'estime de soi semble judicieuse. L'utilisation d'outil comme l'échelle de Rosenberg qui permet de capter la perception des sujets face à leur propre valeur (Vallieres F., 1990) ou l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith qui mesure l'estime de soi « *générale, sociale, familiale et scolaire* » (Romani J., 2017, p. 952), utilisés en début et en fin de prise en charge auraient été des outils de diagnostics essentiels pour s'assurer d'une évolution au cours du temps et ainsi mieux cibler les bienfaits de la médiation théâtrale chez ces jeunes. Par ailleurs, ces outils auraient permis de faire un focus sur des items plus touchés que d'autres et ainsi adapter au mieux les séances par l'ergothérapeute.

Par ailleurs, les résultats de cette étude mettent en avant le rôle de la médiation théâtrale dans la volition des adolescents souffrant de RSA. Bien que ce terme ne soit pas clairement désigné par les ergothérapeutes, ils en ont fait allusion plusieurs fois. Si on reprend le MOH, le concept de volition correspond finalement à la « *motivation d'une personne à agir activement sur son environnement* » (Belanger R., 2006, p. 116). Il apparaît donc un lien étroit entre la volition et la motivation. Alors que la volition est un acte de volonté qui dicte l'engagement délibéré de la personne, la motivation est un état interne qui pousse l'individu à s'engager dans des occupations et dans des situations intéressantes ou attractives (Meyer S., 2013). C'est un état partiellement conscient. Tous deux contribuent à l'orientation vers l'action et l'un ne va pas sans l'autre. Comme l'indique Meyer, la volition ne peut survenir que si la motivation est présente (Meyer S., 2013). Il existe deux types de motivation : la motivation intrinsèque (activité choisie intentionnellement) et la motivation extrinsèque (partiellement choisie) (Ryan R., 2000).

D'après les ergothérapeutes interrogés, l'adhésion des adolescents à la médiation théâtrale est dépendante de facteurs qui vont influencer sur la « *motivation* » des adolescents. Parmi les facteurs évoqués, il y a des facteurs liés à la personne elle-même, d'autres liés à l'activité et enfin des facteurs liés à l'environnement. Concernant ce dernier point, les résultats ont montré que le cadre thérapeutique mis en place par l'ergothérapeute jouait un rôle essentiel dans l'initiation et l'adhésion des adolescents à la médiation théâtrale. Travailler dans un lieu défini, éloigné du lieu de soin, permet à la parole de se libérer et à l'adolescent de ressentir les bienfaits thérapeutiques qu'induit le théâtre. Comme l'explique Astrid Lieven en 2001, le jeu théâtral comme outil thérapeutique, ne peut avoir lieu que dans une salle dédiée au théâtre. Pour cet auteur, ce lieu « *aide à la transposition des émotions. Il accentue l'aire de jeu et donc, atténue*

la réalité. » (Lieven A., 2001, p. 61). Au sein de ce lieu, la présence seule de l'ergothérapeute n'est pas possible. En effet, selon Fleury en 2003, « *la présence d'un seul clinicien cumulant la charge de l'évolution du traitement et celle de l'évolution de l'activité tend à réduire l'efficacité de la thérapie. Le recours à un metteur en scène de métier paraît une avenue intéressante à explorer.* » (Fleury F., 2003, p. 267). L'utilisation du travail en pluriprofessionnalité est un des mécanismes évoqués par les ergothérapeutes interrogés pour stimuler la motivation des adolescents. Ils sont plus réceptifs et s'impliquent davantage lorsque le regard est posé par une personne extérieure au monde soignant. En 2001, Lieven développe ce sujet en expliquant que l'ergothérapeute permet d'offrir le cadre structurant et le comédien d'enseigner la technique (Lieven A., 2001). Sans « artiste », l'ergothérapeute risque de confondre ses rôles et de ne plus être rassurant pour les patients. Étant moins en confiance, ces derniers s'impliqueraient moins dans l'activité.

Parmi les mécanismes propres à l'activité, le jeu théâtral a un rôle important dans la motivation des patients. Que ce soit l'improvisation ou la mise en scène, chaque technique a un impact sur la motivation du patient. Elles se basent toutes les deux sur des objectifs thérapeutiques précis. Alors que l'improvisation permet de dédramatiser et de limiter les angoisses, car les adolescents peuvent ainsi mieux appréhender les situations, la mise en scène permet d'aboutir à un projet commun. C'est l'établissement de ces objectifs qui selon Locke et Latham contribue à soutenir la motivation (Locke E., 2002). Ils développent leur propos en indiquant que plus l'objectif est élevé, plus la motivation sera grande. La médiation théâtrale permet de développer cette notion de répétition et de graduation. La répétitivité des séances et l'analyse faite par l'ergothérapeute des différentes dissonances ressenties par les participants permettent de s'ajuster au plus près de ces objectifs. Par ailleurs, le sentiment d'amusement semble prendre une part importante également dans l'engagement des adolescents. Ceci coïncide avec les propos évoqués par Miller et Kuhaneck en 2008, qui expliquent que l'amusement au sein d'une activité est la principale source de motivation intrinsèque chez l'enfant (Miller E., 2008). La « *barrière sociale* » présente à l'âge adulte n'est pas encore affirmé chez les adolescents et ils trouvent plus facilement du plaisir à se mettre en situation. Le théâtre leur apporte cette possibilité de se mettre en jeu et de s'exprimer autour d'un espace de création. Pour Lamotte, la notion de plaisir est liée au travail de groupe au sein de la médiation théâtrale. En effet, le but c'est de pouvoir prendre du plaisir ensemble, sans que l'adolescent réalise que ce plaisir est lié à la présence des autres (Lamotte F., 2010). Si la notion de prise de plaisir en groupe a été évoquée par les ergothérapeutes interrogés, ces derniers ne

se sont pas exprimés quant au ressenti conscient ou inconscient du groupe chez l'adolescent. Ils évoquent la notion de plaisir comme une capacité à exprimer et développer des émotions. Le théâtre est, justement un excellent moyen d'exprimer et de comprendre des émotions. À partir de ces émotions, le patient peut alors s'ouvrir à la réflexion (Vandeveldel B., 2012) et entrer dans la sphère du symbolique. Comme l'explique cet auteur, les émotions vécues à travers un personnage fictif jouent le rôle de « tiers ». En utilisant l'imaginaire, la médiation théâtrale permet à l'adolescent de « *retrouver sa réalité interne pour une meilleure intégration* » (Vandeveldel B., 2012, p. 134)

Pour conclure sur les facteurs motivationnels et les facteurs propres à l'adolescent, plusieurs concepts et théories ont été évoqués comme la théorie de l'autodétermination de Ryan et Deci. Ils expliquent que si l'adolescent a une marge de manœuvre plus importante au sein d'une activité, il sera plus motivé (Ryan R., 2000). Or comme le montrent les résultats obtenus, la médiation théâtrale offre cette possibilité de jeu et d'espace de liberté pour créer. D'autre part, l'estime de soi a également été développée comme un facteur motivationnel. En effet, Bandura en 2003 ou Schaaf en 2010 expliquent que plus l'adolescent a une faible estime de lui-même, moins il se motive et s'engage dans une activité (Bandura A., 2003 ; Schaff R., 2010).

Comme décrit ci-dessus, les adolescents souffrant de RSA présentent une estime d'eux-mêmes affaiblies. D'après cette étude, la médiation théâtrale semble présenter plusieurs avantages pour permettre à l'adolescent de se reconstruire. Comme l'explique Lamotte (2010), le but de ces ateliers est de permettre à l'adolescent de tolérer l'autre et d'aimer penser. Ils favorisent également l'expression en « *mettant une distance dans la relation* » (Lamotte F., 2010). Le travail en groupe prend une part essentielle dans le processus de revalorisation et de réaffirmation de soi. S'exprimer et s'engager dans une activité au sein d'un groupe a été décrit comme un élément moteur dans le processus de revalorisation de l'estime de soi. De plus comme le souligne Jeammet, « *le groupe facilite l'étayage narcissique* » car « *c'est parce qu'on lui renvoie plusieurs images de lui que l'adolescent peut les critiquer et acquérir la liberté de se présenter une image différente et qu'il ressent comme la sienne* » (Jeammet P., 2010, p. 47). Pour cet auteur, le groupe permet de travailler à la fois sur la revalorisation de soi et sur la possibilité à l'adolescent d'offrir une place à l'autre. Cet espace laissé à l'autre a été évoqué par les ergothérapeutes interrogés. En effet, la bienveillance du groupe est essentielle à la bonne réalisation de l'atelier. Ce regard attentif posé par les jeunes sur l'adolescent souffrant de RSA permet à ce dernier de se reconstruire et de s'affirmer au sein d'un groupe. Les adolescents

retrouvent une place légitime. Ainsi, les propos recueillis correspondent avec le point de vue de Reynaud qui explique que le théâtre porte le groupe « *vers un épanouissement collectif où chaque personne trouvera une satisfaction personnelle* » (Reynaud M., 2014, p. 33).

Ainsi c'est en développant l'ensemble de ces facteurs motivationnels que va se mettre en place un « *processus dynamique, quasi cyclique* » composée de l'expérience, de l'interprétation, de l'anticipation et du choix de l'activité (Mignet G., 2015). Ce processus se nomme le processus volitionnel. En établissant ce processus au sein d'un environnement bienveillant, l'ergothérapeute va venir favoriser la confiance de l'adolescent et le développement de son estime de lui-même. Par conséquent l'ergothérapeute va permettre son engagement dans l'activité. Il existe donc un lien étroit entre l'amélioration de l'estime de soi au sein de la médiation théâtrale et les notions de motivation et de volition.

3.3. Limites de l'étude

À travers cette étude, plusieurs limites sont présentes concernant la démarche de recherche. Dans un premier temps, les résultats sont tirés d'un très faible échantillonnage. Trois ergothérapeutes seulement ont participé à ce projet de recherche. Ceci s'explique par différents obstacles. Si la faible présence des ergothérapeutes en pédopsychiatrie associée à celle des ergothérapeutes réalisant de la médiation théâtrale avait été des obstacles pris en compte au début de l'étude, l'apparition du COVID-19 a été frein dans la phase exploratoire de ce projet. Certains entretiens prévus en amont ont dû être annulés. Ainsi, il est difficile de généraliser la pratique à l'ensemble des ergothérapeutes réalisant de la médiation théâtrale avec cette population. Il paraît donc difficile d'affirmer de façon claire et précise les résultats obtenus. C'est pourquoi il est important de nuancer ces derniers. Toutefois, ils restent une piste de réflexion.

Ensuite, dans cette étude, la technique de jeu théâtral n'a pas été spécifiée. Bien que les formes complémentaires de théâtre (marionnette, mime...) n'aient pas été prises en compte dans cette étude, il aurait été judicieux de préciser le type de jeu théâtral dans les critères d'inclusion de l'étude. En effet que ce soit par les jeux de rôles ou l'improvisation, l'apport sur l'adolescent n'est pas le même.

De plus, aucune caractéristique sur l'adolescent, hormis son trouble, n'a été développée dans la construction du cadre méthodologique. Le temps de déscolarisation des adolescents n'a pas été pris en compte dans le recueil et l'analyse des résultats. Or, on sait que ce facteur joue un rôle indispensable dans la rescolarisation du jeune, car plus le temps de rupture avec l'école est long, plus l'adolescent aura des difficultés à se réinsérer dans un milieu scolaire ordinaire. Les conséquences à moyen et long terme sont aussi différentes.

Par ailleurs, ayant peu de littérature en ergothérapie sur ce sujet, il est difficile de développer un cadre théorique précis. La difficulté à pouvoir moduler ses propos et à les comparer à des données de la littérature reste une limite non négligeable dans la validation de l'hypothèse.

3.4. Implication thérapeutique

La médiation théâtrale en ergothérapie est un outil encore peu utilisé. Souvent considéré comme une technique propre aux art-thérapeutes, j'ai pu me rendre compte par ce mémoire que l'ergothérapeute avait une utilité dans la conduite d'un atelier théâtre. Il permet d'élaborer un cadre thérapeutique qui est indispensable à la bonne réalisation de l'atelier. En mettant en place des règles décrites dès le début, ils favorisent l'engagement de l'adolescent souffrant de RSA. Ils participent également à développer son autonomie par le travail autour de saynète d'improvisation. Alors que l'art-thérapeute va travailler sur l'expression des émotions et des souffrances, l'ergothérapeute utilisera l'atelier théâtre pour ancrer dans la vie quotidienne, les bénéfices aperçus au cours d'une séance. C'est pourquoi, il travaillera plus spécifiquement sur des scènes du quotidien comme par exemple, préparer un entretien, participer à un cours de français...

Si dans la psychiatrie chez l'adulte, la place de l'ergothérapeute est bien définie, son rôle dans le secteur de la pédopsychiatrie reste limité. La place est donnée majoritairement aux psychologues et aux psychomotriciens. Par le biais de cette étude, nous avons pu démontrer en partie l'impact de cette profession en pédopsychiatrie et plus particulièrement chez les adolescents souffrant de RSA. Son travail autour des axes de rééducation et de réinsertion et sa vision centrée sur le patient lui confèrent des atouts non négligeables pour développer auprès de cette population un pouvoir d'agir afin de les amener vers une vie d'adulte épanouie.

Bien que cette étude ait été réalisée avec un échantillon réduit, elle permet de comprendre les problématiques liées à une population souffrant de refus scolaire anxieux. Elle met en exergue le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces jeunes, rôle peu voire pas décrit dans la littérature actuelle. Elle avance donc de premières pistes de réflexion.

Conclusion

Le refus scolaire anxieux est un trouble complexe qui nécessite une prise en charge rapide et pluriprofessionnelle pour éviter une déscolarisation trop longue. Au sein de ce dispositif thérapeutique, l'ergothérapeute a un rôle clé et a différents moyens pour accompagner l'adolescent vers une réintégration en milieu scolaire ordinaire. Ainsi, la question de recherche de cette étude est : **en quoi la médiation théâtrale en ergothérapie favorise la réinsertion scolaire des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux ?**

Le théâtre est utilisé depuis de nombreuses années pour ses propriétés thérapeutiques. Il présente des traits intéressants notamment pour favoriser la motivation des patients, leur socialisation et leurs estimes d'eux-mêmes. Pour autant, cet outil n'a jamais été étudié auprès des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux. L'hypothèse de recherche formulée est ainsi la suivante : **la médiation théâtrale en ergothérapie stimule la volition des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux et participe au développement de l'estime de soi.**

Les résultats obtenus montrent que l'utilisation de la médiation théâtrale est adaptée à la population étudiée. Par ailleurs, du fait de ses propriétés thérapeutiques, la médiation théâtrale présente de nombreux avantages pour développer l'estime de soi chez ces jeunes. Les résultats montrent également que l'utilisation de cet outil, dans un cadre thérapeutique adapté mis en place par l'ergothérapeute, favorise l'engagement de l'adolescent dans l'activité. Par conséquent, **l'hypothèse de recherche est validée.**

De nombreux facteurs internes et externes à l'adolescent influencent l'ancrage du refus scolaire anxieux. Il paraît donc compliqué d'évoquer une corrélation entre amélioration de l'estime de soi et retour à l'école. Toutefois, cette étude montre que la médiation théâtrale est un outil efficace en ergothérapie, parmi d'autres. Peu d'auteurs se sont penchés sur le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population. Il serait intéressant de définir l'impact d'une prise en charge en ergothérapie sur la réinsertion scolaire et plus particulièrement sur la collaboration avec le monde enseignant. Il est possible ainsi de se poser la question suivante : comment développer la collaboration entre ergothérapeute et enseignant dans un processus de réintégration progressive de l'adolescent souffrant de RSA en milieu scolaire ordinaire ?

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder-V*. Paris: Masson.
- André C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers-Vol 82*, 26-30.
- André C., Lelord F. (2007). *L'Estime de soi*. Paris: Odile Jacob.
- ANFE. (2019, février 1). *Ergothérapie - définition*. Retrieved from Association Nationale Française des Ergothérapeutes: <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Bandura A. (2003). *Auto-efficacité: Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: De Boeck.
- Baranger E. (2012). School phobia, definition and symptoms. *Soins Pédiatrique, puericulture, vol. 267*, 14-17.
- Belanger R., B. C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine: un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le partenaire, vol.13*, 8-15.
- Benbrika S. (2010). *Le refus scolaire anxieux: a propos de 40 patients hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy (thèse)*. Nancy.
- Blagg N-R., Y. W. (1984). The behavioural treatment of school refusal-a comparative study. *Behavioural Research Therapy, Vol 22*, 119-127.
- Boal A. (2002). *L'arc-en-ciel du désir : du théâtre expérimental à la thérapie*. Paris: La Découverte.
- Catheline N. (2001). Quand penser devient douloureux. Intérêt du travail thérapeutique de groupe en institution et avec médiateur dans la pathologie du jeune. *La psychiatrie de l'enfant*, 169-210.
- Compan D. (2014). *Exploration de la dynamique familiale chez des adolescents atteints de phobie scolaire et leur parents (thèse)*. Toulouse.
- Cottraux J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.
- Denis H. (2005). Le refus scolaire anxieux: Prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. *Enfances & Psy, Vol.28*, 98-106.
- Denis H. (2005). Le refus scolaire anxieux: Prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. *Enfances & Psy, Vol.28*, 98-106.
- Fédération française des jeux de rôle. (2020, Avril 20). *Définition du jeu de rôle*. Retrieved from Fédération française des jeux de rôle: <http://www.ffjdr.org/ce-devez-savoir-jeu-role/definitions-du-jeu-role/>
- Fenneteau H. (2015). *Enquête: entretien et questionnaire, 3ème ed*. Paris: Dunod.

- Fleury F., M. H.-F. (2003). Le jeu théâtrale comme inducteur de changements dans les habiletés sociales . *Santé Mentale au Québec*, 251-272.
- Galle-Tessonneau M., D. J. (2017). Des critères de repérages aux stratégies de prise en charge du refus scolaire: une revue de la littérature internationale systémique. *Pratiques psychologiques*, 1-19.
- Girardon N., G. J. (2009). Phobie scolaire à l'adolescence. *Perspectives psy*, Vol.48, 375-381.
- Hachette . (2009). *Dictionnaire Hachette illustré*. Paris: Hachette education.
- Hénil A., M. D. (2011). *Techniques théâtrale pour la formation d'adultes*. Paris: Retz.
- Herzov L-A. (1991). Le refus d'aller à l'école, une vue d'ensemble. *Le refus de l'école: un aperçu transculturel*, 13-45.
- Hirsch E. (2017). *Refus scolaire anxieux: étude de cohorte rétrospective de 59 patients soignés en milieu hospitalier (thèse)*. Lyon.
- Holzer L., H. O. (2006). Le refus scolaire. *Archives de pédiatrie*, 1252-1258.
- Imbert G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, n°102, 23-34.
- Jeammet P., C. M. (2010). *Evolutions des pratiques à l'adolescence: l'émergence de la dépendance et ses aménagements*. . Paris: Doin.
- Jonhson A. (1941). School phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 702-717.
- Journal Officiel. (2004, Août 8). *Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004*. Retrieved from Legifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0304CA1BCA481BEFFF4D92C7DD4779FB.tpdjo12v_1?cidTexte=JORFTEXT000000309649&dateTexte=19861123&categorieLien=cid#JORFTEXT000000309649
- Kearney C. (2004). The fonctionnal profiles of school refusal behavior: diagnostic aspects. *Behavior Modification*, vol.28, 147-161.
- Kielhofner G. (2017). *Model of Human Occupation: Theory and Application*, 5ème ed. Lippincott Williams and Wilkins.
- Lamotte F., D. E.-L. (2010). School refusal in adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 256-262.
- Le petit Robert. (2020). *Dictionnaire Le petit Robert*. Paris: Le Robert.
- Lieven A. (2001). *Théâtre, psychiatrie, ergothérapie (thèse)*. Tournai.
- Locke E., L. G. (2002). Building a pratically useful theory of goal qetting and task motivation: A 35-years odyssey. *Americcan Psychologist*, vol 59, 705-717.
- Ménard M. (2016). La fabrique du cadre. In H. H., *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 55-72). Paris: De Boeck Supérieur.

- Meyer S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris: De Boeck.
- Mignet G. (2015). Motivation, volition et engagement: éclairage du Modèle de l'Occupation Humaine. In O. E. Morel-Bracq M-C., *L'activité humaine: un potentiel pour la santé ? Actualité en ergothérapie* (pp. 97-107). Paris: De Boeck-Solal.
- Mignet G. (2016). Le Modèle de l'Occupation Humaine : s'appropriier les concepts théoriques grâce aux expériences cliniques. *Ergothérapies*, Vol. 62, 25-33.
- Miller E., K. H. (2008). Children's perceptions of play experiences and play preferences: a qualitative study. *The American Journal of Occupational Therapy*, vol 62, 407-415.
- Ministère de l'éducation nationale. (2001, janvier 25). *Circulaire n°2001-013 du 12 janvier 2001 relative aux missions des médecins de l'éducation nationale*. Retrieved from Infirmier.com: <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/circulaire-du-12-janvier-2001.html>
- Misès R. (2012). *Axes I: Catégories cliniques*. Retrieved from Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblio_bd/cftmea/cftmea1b.html
- Morrisson C. (2001). *40 exercices d'improvisation théâtrale*. Paris: Actes sud.
- Mouren M-C., D. R. (2006). School phobia or school refusal: controversial concepts. *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, vol. 190, 1639-1641.
- Obin J-P. (1980). *Objectifs et techniques du jeu de rôle en formation*. . Paris: 3ème congrès des enseignants d'expression et de communication.
- Organisation Mondiale de la santé. (2019). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: CIM-10*. Paris.
- Orth U., R. R. (2014). The Development of Self-Esteem. *Psychological Science-Vol. 23*, 381-387.
- Parkinson S. (2017). *MOHOST: outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. Paris: De Boeck Supérieur.
- Perino O. (2008). *Des espaces pour jouer*. Paris: ERES.
- Pibarot I. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation. 2ème édition*. Paris: De Boeck Supérieur.
- Pire F. (2005, Mars). *L'improvisation théâtrale, un outil pour développer les compétences relationnelles*. Retrieved from Dramaction: <http://www.dramaction.qc.ca/fr/wp-content/files/ImproArticle.pdf>
- Redlus N. (2001, Novembre). Le théâtre dans le courant de l'art-thérapie: spécificité de cette forme d'expression, intérêt thérapeutique. *Revue française et francophone de psychiatrie et de psychologie médicale*, n°50, pp. 27-28.

- Rey Y., G. J.-P. (2001). Esprit de famille et conscience de soi: une lecture de la phobie scolaire. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*, vol. 27, 135-153.
- Reynaud M. (2014). *Pratiquer le théâtre avec des personnes en difficultés. 3ème édition revue et augmentée*. Paris: Savoir communiquer.
- Romani J., C. S. (2017). Refus scolaire anxieux: profils psychopathologiques d'adolescents suivis en hôpital de jour. *Archives de Pédiatrie-Vol.24*, 950-959.
- Romelaer P. (2005). L'entretien de recherche. *Management des ressources humaines : méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, 101-137.
- Ryan R., D. E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American psychologist*, vol 55, 68-78.
- Schaff R. (2010). A frame of reference for sensory integration. In H. J. Kramer P., *Frames of reference for pediatric occupational therapy (3rd editions)* (pp. 99-186). Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vallieres F., V. R. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 305-316.
- Van Campenhoudt L., Q. R. (2011). *Manuel de Recherche en Sciences Sociales, 4ème ed*. Paris: Dunod.
- Vandeveldel B., M. Y. (2012). Le groupe théâtre comme médiation thérapeutique auprès d'adolescents au processus de subjectivation entravé. *Psychothérapies-Vol. 32*, 125-135.
- Viorrain M. (2017, Oct). *Le refus scolaire anxieux: Conseils pour la scolarité des enfants et adolescents présentant un RSA*. Retrieved from Académie de Lyon: http://www2.ac-lyon.fr/etab/rep+/triolet/IMG/pdf/rsa_document_502.pdf

Annexes

Annexe I : Glossaire	II
Annexe II : Diagramme de flux	IV
Annexe III : Guide d'entretien	V
Annexe IV : Retranscrit entretien E1 du 20 avril 2020	VII

Annexe I : Glossaire

Aboulie : Difficulté ou impossibilité du patient à passer à l'action. (Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine, 2020)

Absentéisme scolaire : Manque à l'obligation légale d'inscription dans un établissement scolaire ou d'assiduité dans sa fréquentation. (Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine, 2020).

Adolescence : Période de la vie comprise entre la puberté et l'âge adulte, soit entre 12 et 18 ans. (Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine, 2020).

Assises narcissiques : Aussi nommé les fondations narcissiques. Base du sentiment de sécurité et de continuité interne (Le Carnet Psy, 2020). Concept issu des travaux de Jeammet et de Bowlby notamment.

Déscolarisation : Fait de retirer de l'école un élève en âge scolaire (Le Larousse, 2020)

Harcèlement scolaire : Violence répétée qui peut être verbale, physique ou psychologique. Cette violence se retrouve aussi au sein de l'école. Elle est le fait d'un ou de plusieurs élèves à l'encontre d'une victime qui ne peut se défendre. (Ministère de l'éducation, <https://www.nonauharcelement.education.gouv.fr/>)

Maison des Adolescents : Structure d'accueil et de soins destinée aux adolescents. Elles apportent des réponses aux souffrances liées à l'adolescence (décrochage scolaire, sexualité, addiction...) (Association Nationale des Maisons Des Adolescents, 2019)

Médiation : Processus de communication éthique reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants, dans lequel un tiers impartial, indépendant, favorise par des entretiens confidentiels l'établissement, le rétablissement du lien social, la prévention ou le règlement de la situation de handicap. (Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine, 2020).

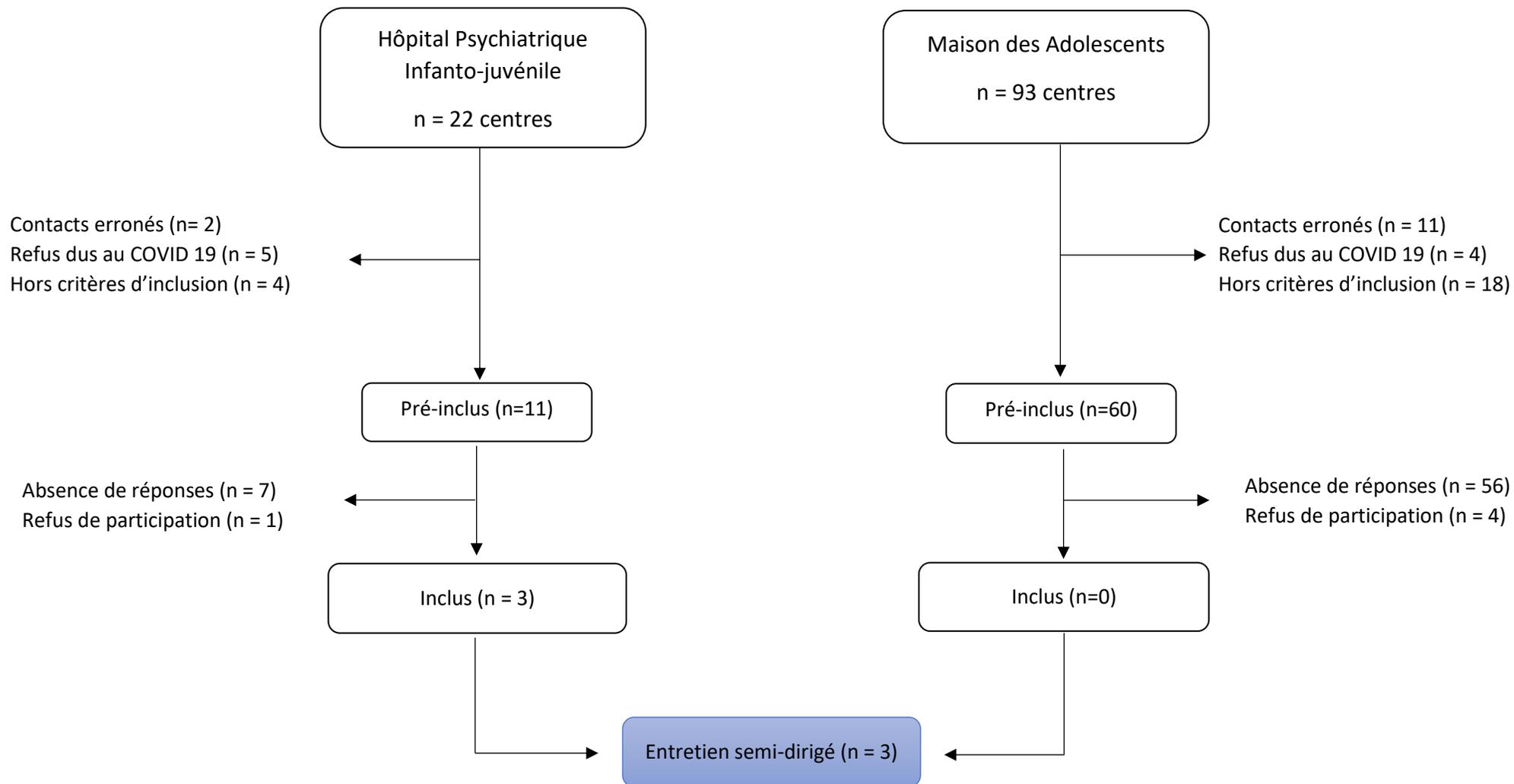
Psychiatrie infanto-juvénile : Service psychiatrique accueillant les enfants et les adolescents ayant des troubles du comportement et des problèmes d'adaptation dans le milieu familial ou scolaire. (Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine, 2020)

Réinsertion : Action visant à rendre à une personne la plénitude des relations familiales, sociales, professionnelles qu'elle entretenait avant une maladie ou un accident. (Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine, 2020)

Trouble anxieux : Troubles caractérisés essentiellement par la présence de manifestations anxieuses qui ne sont pas déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée. (Classification Internationale des Maladies version 10, 2019)

Trouble phobique : Groupe de troubles dans lesquels une anxiété est déclenchée, exclusivement ou essentiellement, par certaines situations bien précises sans dangerosité actuelle. (Classification Internationale des Maladies version 10, 2019)

Annexe II : Diagramme de flux



Annexe III : Guide d'entretien

Thématique	Questions	Objectifs
Données socio-démographiques	1) Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?	Connaître le parcours professionnel de l'ergothérapeute et valider les critères d'inclusion.
	2) Dans quel type de structure exercez-vous ?	
	3) Avez-vous été formé à la médiation théâtrale ?	
	4) Depuis combien d'année effectuez-vous de la médiation théâtrale auprès d'adolescents souffrant de RSA ?	
La médiation théâtrale	5) Comment les patients souffrant de RSA sont-ils orientés vers la médiation théâtrale ?	Déterminer le rôle des différents professionnels impliqués dans la prise en charge de ces patients.
	6) Sur quels critères les patients sont-ils adressés pour ce type de médiation ? Existe-t-il des contre-indications ?	Savoir si tous les patients souffrant de RSA peuvent participer à cette médiation.
	7) Quels sont les professionnels présents lors d'une séance de médiation théâtrale et quel est leurs rôles ?	Identifier qui intervient et le rôle des différents intervenants.
	8) Comment se déroule une séance de médiation théâtrale ?	Comment ça se passe ? Quels sont les enjeux ? Est-ce que l'on retrouve les caractéristiques du théâtre (observation, groupe, espace de création, relation à l'autre) ?
	9) En quoi la médiation théâtrale chez ces jeunes peut être un apport thérapeutique pour favoriser la réinsertion scolaire ?	Confrontation de l'adolescent avec ses pairs, revalorisation estime de soi, notion de plaisir retrouvée, dédramatisation école....

<p>La médiation théâtrale pour développer l'estime de soi</p>	<p>10) Romani en 2017 indique que les adolescents souffrant de RSA ont une faible estime d'eux-mêmes dus notamment à une mauvaise image de soi. Est-ce que cela fait écho pour vous ? Comment cela se manifeste-t-il chez ces patients dans la vie de tous les jours ?</p>	<p>Confirmer dans la pratique l'influence de la mauvaise estime de soi chez ces adolescents.</p> <p>Identifier les conséquences chez l'adolescent.</p>
	<p>11) Selon vous, quels sont les inconvénients de la médiation théâtrale sur la revalorisation de l'estime de soi ?</p>	<p>Déterminer les inconvénients de la médiation théâtrale sur le développement de l'estime de soi.</p>
	<p>12) Selon vous, quels sont les avantages de la médiation théâtrale sur la revalorisation de l'estime de soi ?</p>	<p>Déterminer les avantages de la médiation théâtrale sur le développement de l'estime de soi.</p>
	<p>13) Pouvez-vous me citer les grandes lignes d'un cas emblématique permettant d'illustrer l'impact de cette médiation chez ces jeunes ?</p>	<p>Ancrer cet impact par un exemple précis.</p>
<p>Apports spontanée d'information complémentaire par l'ergothérapeute</p>	<p>14) Avez-vous quelque chose à ajouter ?</p>	<p>Permettre à l'ergothérapeute interrogé d'ajouter des notions supplémentaires importantes.</p>

1) Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?

Depuis 13 ans

2) Avez-vous été formé à la médiation théâtrale ? Si oui, où ?

Oui, j'ai fait plusieurs formations AFAR et j'ai maintenant la double compétence ergothérapeute et art-thérapeute pour la médiation théâtre.

3) Dans quel type de structure exercez-vous ?

J'exerce dans un hôpital psychiatrique spécialisé dans la prise en charge des troubles liés à l'adolescence. On reçoit des jeunes d'âge différents, entre 13 ans et 18 ans.

4) Depuis combien d'année effectuez-vous de la médiation théâtrale auprès d'adolescents souffrant de refus scolaire anxieux ?

9 ans au total.

5) Comment les patients souffrant de refus scolaire anxieux sont-ils orientés vers la médiation théâtrale ?

Chaque semaine il y a une réunion pluridisciplinaire avec toute l'équipe soignante (médecin, infirmier, aide-soignant...). Chaque médecin parle de ses patients. Et en plus, il y a une grosse réunion annuelle de médiation où chaque médecin propose des patients pour lesquels ça serait intéressant la médiation théâtre. Nous on peut aussi les connaître d'une année sur l'autre ou d'un mois sur l'autre et on les propose. Une fois les patients identifiés, les médecins font des prescriptions médicales. Il faut savoir qu'il y a deux ateliers de médiation théâtrale : un atelier d'initiation qui tourne sur 7 semaines où les jeunes peuvent découvrir le théâtre, les planches, la scène, etc. et un atelier qui dure à l'année où ont créé réellement une troupe de théâtre et après on choisit une pièce et on réalise cette pièce. Si c'est possible on fait une représentation à la fin de l'année devant les autres adolescents et les familles pour montrer ce qu'il s'est fait au cours de l'année au théâtre.

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

En fonction de la prescription médicale mais aussi de comment nous on ressent le patient. On se demande : « tiens, est-ce que c'est une bonne idée qu'il essaye le théâtre pour qu'il découvre, pour voir ? » L'idée c'est qu'il puisse s'inscrire au long cours dans la médiation, ce qui est difficile avec les adolescents et d'autant plus en psychiatrie. Pour moi il y a deux grandes difficultés, c'est d'initier quelque chose et après y adhérer et le tenir au long terme. C'est pour ça qu'il y a deux types d'atelier avec deux prescriptions : l'initiation à l'atelier et après la continuité sur le long cours.

Concernant, les contre-indications, c'est plus en lien avec sa pathologie psychiatrique. Pour les phobies scolaires, il n'y a pas vraiment de contre-indications. S'il est vraiment réfractaire au théâtre c'est compliqué. Ce n'est pas forcément des vraies contre-indications mais l'idée c'est de ne pas mettre en difficulté la troupe théâtre donc généralement on demande au patient s'il ne veut vraiment pas y aller à ce qu'il soit spectateur de la séance.

7) Est-ce qu'il y a d'autres professionnels avec vous lors d'une séance de médiation théâtrale ?

Oui évidemment. Avec moi, il y a un infirmier ou une infirmière ou une aide-soignante ou un éducateur qui sommes des professionnels de la santé et donc « garant du cadre ». Et en plus il y a un professeur d'art dramatique. A mon sens c'est indispensable qu'il y ait une personne de l'extérieur pour proposer un cours d'art dramatique ou de théâtre car ça change tout. En effet ce n'est pas une personne soignante de l'équipe qui propose quelque chose. On est sur scène avec le patient mais ce n'est pas nous qui proposons et donc ça change tout quand c'est le professeur qui choisit qui va jouer quoi et qui va les reprendre sur leurs jeux. Il a un autre regard que le regard soignant et ça change tout pour les adolescents. Ils sont plus réceptifs que si c'étaient les soignants qui gèreraient plus la partie dramatique, notamment dans les cas plus complexes.

8) Comment se déroule précisément une séance de médiation théâtrale ?

Très important c'est dans un lieu bien défini à un horaire précis. On attend que le patient se présente à l'atelier seul si c'est possible sinon on appelle dans le service pour réactiver les choses mais on essaye au maximum de le faire venir seul pour l'autonomiser dans sa prise en charge et pour que la motivation vienne de lui-même, c'est à lui d'avoir envie de venir et de faire l'effort.

La séance en elle-même commence toujours par un échauffement en groupe tous ensemble, avec toute la troupe. Généralement en rond on fait des exercices en communs d'échauffements vocaux et physiques. Après il y a très souvent un exercice sur la scène en groupe de marcher par exemple. Et ensuite ça dépend du type d'atelier (initiation ou continu) et si on travaille la pièce ou si on fait des petits exercices d'improvisation. Ça dépend à quelle étape du groupe on est. Les impros c'est sur volontariat dans le maximum des cas mais après on est là aussi pour initier les impros quand ça devient compliqué et pour que le maximum de personnes de la troupe puisse y participer.

Quand on a choisi la pièce avec l'ensemble de la troupe, on travaille un peu sur les scènes de chacun donc c'est en fonction des jours. Quelquefois certains patients auront beaucoup de temps sur scène au cours d'une séance puis rien du tout à la séance suivante. Pour faire travailler les scènes, les jeunes passent chacun leur tour. Pendant que certains sont sur scène, les autres regardent et doivent être spectateur avec une écoute et un regard attentif. Ils doivent alors être juge sans pour autant trop critiquer, ce qui n'est pas toujours évident notamment avec les adolescents. Là est aussi notre place afin de maintenir le cadre et d'éviter les critiques trop agressives qui peuvent être blessantes.

Après on peut aussi attribuer des rôles sur la technique en mettant des adolescents aux sons, à la lumière car le fait d'avoir une responsabilité ça renforce leur ancrage dans le groupe et ça permet de les valoriser.

Dans tous les cas, il y a une discussion au début de la séance pour faire le point sur ce qui a été fait la séance précédente et expliquer ce qu'on va faire lors de la séance. Puis il y a un deuxième temps de discussion en fin de séance pour débriefer de ce qui a été vu, appris...

9) Selon vous, en quoi la médiation théâtrale chez ces jeunes peut être un apport thérapeutique pour favoriser la réinsertion scolaire ?

En beaucoup de choses, autant positive que négative. Essayer la médiation théâtrale c'est déjà bien. On propose la médiation et on voit ensuite avec le patient. Il faut qu'il soit motivé. Est-ce que c'est un non direct ? Ou alors est-ce qu'il veut bien essayer. Si oui, on le fait essayer et voit ensuite si ça le tente ou pas. C'est pourquoi sur les deux groupes, il y a soit 3 séances d'essai pour l'atelier d'initiation sur les 7 séances de l'atelier et pour la troupe, on a 7/8 séances d'essai pour vraiment se rendre compte parce qu'il y a tellement d'exercices différents, on peut ne pas être à l'aise sur un exercice d'une séance mais être plus à l'aise sur les autres.

En tout cas, les bénéfices sont réels. Nous on dit toujours au patient que « essayer l'atelier théâtre, c'est comme essayer de passer son bac ou de retourner à l'école, soit on peut pas du tout mais peut être qu'on peut quand même se dire qu'on peut au moins essayer, et essayer l'atelier théâtre ça peut être comme essayer de retourner à l'école ». Avec l'atelier théâtre, on va ainsi pouvoir essayer dans différentes façons avec de différents « scénarios ». Le théâtre ce n'est pas juste jouer la comédie, c'est aussi pouvoir travailler sur des cas concrets (entretien d'embauche pour ceux qui cherchent des stages ou alors des situations compliquées du quotidien). Et donc avant de la subir au quotidien cette scène, on peut la jouer et ainsi mieux l'appréhender.

Le théâtre permet aussi de trouver un côté divertissant, c'est juste drôle, agréable, sympa, de pas être soi parce qu'être soi s'est parfois très compliqué pour un adolescent. Cette source d'amusement joue beaucoup dans l'engagement de l'adolescent dans de nouvelles activités.

10) En 2017, le Dr Romani indique dans un article que les adolescents souffrant de refus scolaire anxieux ont une faible estime d'eux-mêmes dus notamment à une mauvaise image de soi. Est-ce que cela fait écho pour vous ? Comment cela se manifeste-t-il chez ces patients dans la vie de tous les jours ?

Oui évidemment ils ont une faible estime d'eux-mêmes. Adolescent hospitalisé ou non d'ailleurs j'ai envie de dire. En tout cas l'image de soi est compliqué et donc oui évidemment ça fait écho dans la prise en charge de ces jeunes. A un moment des situations de vie ont été compliquées pour ces patients, plusieurs fois ou une seule fois mais très traumatisante, du coup il est plus du tout question de revivre ça pour eux. L'idée au théâtre c'est de rejouer la même situation de vie différemment à travers un rôle, un autre personnage. Si on avait été un autre

individu, comment on aurait pu mieux gérer ça. Ça ne fait pas forcément d'eux quelqu'un de meilleur ou de moins bon mais en tout cas c'est juste appréhender un scénario différent. Le même thème d'impro peut donner une situation différente en fonction des gens qui y sont. On ne peut pas refaire la vie mais on peut refaire la scène pleine de fois et ça c'est cool ! Pour les pièces qu'on travaille à l'année, c'est plus apprendre à se mettre à la place d'un personnage, apprendre à gérer une émotion qu'on n'a pas forcément su gérer à un moment. Se mettre à la place « de », d'un truc qu'on ne peut pas ressentir, qu'on a déjà senti mais autrement parce que le personnage joue le rôle de filtre/barrière.

11) Selon vous, quels sont les avantages de la médiation théâtrale sur la revalorisation de l'estime de soi ?

L'idée c'est de jouer, s'amuser parce que souvent il y a beaucoup de patients qui ne savent plus le faire. S'amuser avec des vraies émotions, comprendre les émotions, les refaire, les communiquer, les ressentir parce qu'on ne peut pas jouer une émotion si on ne la ressent pas.

Il y a aussi l'effet de la troupe. La notion de groupes qui est indispensable. Il y a une énergie de troupe de théâtre qui se forme, qui est conséquente et qui permet de réussir à retrouver une illusion groupale. Pour un adolescent qui a été écarté, se retrouver dans un groupe d'adolescent c'est assez conséquent sur la construction identitaire et la revalorisation de l'estime de soi.

Réussir à apprendre un texte alors qu'on ne pensait pas, réussir à jouer de quelqu'un, à monter une pièce, à aboutir un projet commun. Tout ça c'est autant de choses qu'apportent le théâtre sur la construction du jeune.

Montrer sa pièce aussi, mais également se montrer sans se montrer puisque finalement ce n'est pas nous c'est un autre, un personnage mais en même temps on donne beaucoup de nous dans la construction du personnage. Il y a beaucoup d'intérêt positif du théâtre dans la revalorisation de l'estime de soi.

12) Selon vous, quels sont les inconvénients de la médiation théâtrale sur la revalorisation de l'estime de soi ?

Il ne faut pas se perdre dans un rôle, dans une illusion. Il faut bien se rendre compte de la réalité du théâtre et de la non-réalité. On n'est pas le personnage. Mais il y a plein d'acteurs qui se perdent parfois dans leurs rôles.

J'ai eu plus d'avantages que d'inconvénients dans les groupes que j'ai eus mais après il peut toujours y avoir des difficultés notamment pour faire le premier pas. Se mettre à nu s'est compliqué. Il y a toujours des patients qui arrêtent l'activité parce que c'est trop compliqué, ça leur demande trop. Il y a une trop grosse mise en danger. Après c'est bien aussi qu'ils se rendent compte de leurs limites donc pour moi ce n'est pas vraiment un inconvénient.

13) Pouvez-vous me citer les grandes lignes d'un cas emblématique permettant d'illustrer l'impact de cette médiation chez ces jeunes ?

Je n'ai pas de cas particulier en tête.

14) Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Je n'avais jamais pratiqué l'atelier théâtre avant de travailler avec des adolescents souffrant de phobie scolaire et c'est une vraie révélation. Ça reste quelque chose de compliqué à mener. L'initiation au théâtre se passe plutôt facilement parce que les patients jouent généralement le jeu des 7 séances. Mener une troupe avec des adolescents avec des difficultés c'est compliqué parce que ça demande beaucoup d'aménagement, faut être derrière eux pour les pousser et les soutenir. Souvent ils ont la « flemme de venir » mais après quand ils y sont, ils adhèrent complètement.

Le théâtre est avant tout une discipline donc comme toute discipline, c'est contraignant, c'est difficile. C'est ce qui fait que c'est un art et donc il faut être là toutes les semaines car chaque semaine on apprend, on travaille, on ne bosse pas forcément sur sa scène mais en écoutant les autres, en voyant les autres, en écoutant le metteur en scène, on apprend. Ce n'est pas facilement compréhensible pour les ados car ils sont dans l'instantané. Il faut de l'espace, du temps, de l'énergie. Il faut supporter le stress quand on monte la pièce car on veut que ça soit la mieux possible.

Résumé : L'impact de la médiation théâtrale sur le processus de rescolarisation des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux

Le refus scolaire anxieux (RSA) est un trouble complexe, multifactoriel et dont l'incidence est en permanente évolution dans nos pays occidentaux. Chez l'adolescent, l'apparition est souvent en lien avec des difficultés relationnelles avec les pairs. Le principal écueil est une déscolarisation entraînant un isolement chronique et une baisse de l'estime de soi. Les conséquences à moyen et long terme sont importantes. Le théâtre est connu depuis longtemps pour son rôle socialisant et ses dimensions thérapeutiques. Pour autant, son impact auprès de cette population n'a pas été décrit. Ce travail a pour but d'interroger le rôle que peut avoir la médiation théâtrale en ergothérapie chez ces jeunes dans un processus de rescolarisation. Afin d'appréhender cette question, des entretiens semi-dirigés auprès de trois ergothérapeutes exerçants en hôpital psychiatrique infanto-juvénile ont été effectués. Les résultats montrent qu'en favorisant l'expression et les techniques du jeu théâtral au sein d'un cadre thérapeutique adapté, l'ergothérapeute a un impact sur la volition des adolescents souffrant de RSA. Par ailleurs, en utilisant le groupe comme élément moteur, l'ergothérapeute participe à développer l'estime de soi de ces jeunes. Au vu du faible échantillonnage, ces résultats ne sont pas généralisables. Pour autant, ils constituent une piste de réflexion importante quant aux outils mis à disposition des ergothérapeutes dans le processus de rescolarisation.

Mots clés : refus scolaire anxieux – médiation théâtrale – estime de soi – volition – ergothérapie

Abstract: The impact of theatre mediation on the back-to-school process of the school refusal adolescents.

School Refusal (RS) is a complex and multifactorial disorder whose incidence is constantly evolving in Western countries. In adolescence, the emergence is often linked to relational difficulties with peers. The main pitfall is a school-leaving, resulting from chronic isolation and low self-esteem. The medium to long term consequences are significant. The theatre has long been recognized for its socializing impact and its therapeutic dimensions. However, its impact on the school refusal population has not been described. This study aims at assessing the theatre mediation impact in occupational therapy with school refusal adolescents in a back-to-school process. To answer this question, semi-guided interviews with three occupational therapists working in child psychiatry hospitals were done. The results show that promoting expression and theatrical play techniques into a therapeutic framework, the occupational therapist has an impact on the volition of school refusal adolescents. Furthermore, with the group as a driving force, the occupational therapist develops the young people's self-esteem. Considering the restrained sampling, results are not to be generalized. However, they are an important reflection regarding the occupational therapist's tools in the back-to-school process.

Keywords: school refusal – theatre mediation – self-esteem – volition – occupational therapy