

L'intérêt de l'improvisation théâtrale comme médiation en ergothérapie sur les interactions sociales des personnes atteintes de schizophrénie



En vue de l'obtention du diplôme d'Etat en ergothérapie

Sous la direction de Sébastien Dumas

Travail de fin d'étude présenté par
GOURMELON Antoine

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 tiens tout particulièrement à remercier...

Mon maître de mémoire, Sébastien Dumas, pour ses précieux conseils, ses encouragements, sa disponibilité et le temps qu'il a pu m'accorder tout au long de ce travail.

Les ergothérapeutes qui ont acceptés de participer à mon enquête. Leur expérience qu'ils ont bien voulu me transmettre a considérablement enrichi le contenu de cette étude.

L'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil pour leur encadrement et leur présence tout au long de l'année. Je souhaite principalement remercier Chantal Taillefer et Sébastien Loubassou pour leur accompagnement lors des cours de méthodologie de mémoire.

Ma famille et particulièrement mes parents sans qui cette formation n'aurait pas été possible et qui ont été un réel soutien.

Mes ami(e)s et camarades de classe : Julien, Alan, Line, Robin, Madina, Gaïane et Romain avec qui j'ai passé ces trois années d'études et qui sans eux n'auraient pas été aussi belles. Ensemble nous nous sommesentraîdés, soutenus et permis de partager des petits moments de détente.

Ma compagne Julie, qui part sa présence et ses relectures, m'a été d'une grande aide pour réaliser ce travail. Elle a également été un soutien moral tout au long de cette année.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui, directement ou non, ont participé à la réalisation de ce mémoire.

*« Je tiens ce monde pour ce qu'il est : un théâtre où
chacun doit jouer son rôle. »*

Le Marchand de Venise, William Shakespeare.

Sommaire :

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| <hr/> | |
| Partie Conceptuelle..... | 3 |
| I- La schizophrénie une pathologie psychotique fréquente dans le milieu de la psychiatrie | 3 |
| A. La psychiatrie | 3 |
| B. La schizophrénie..... | 6 |
| C. L'ergothérapie en psychiatrie | 10 |
| II- Les relations sociales..... | 14 |
| A. Une construction rigoureuse de la relation | 14 |
| B. Relation interpersonnelle..... | 18 |
| C. L'intersubjectivité | 21 |
| III- Le jeu théâtral comme médiation ergothérapique en psychiatrie | 24 |
| A. Le groupe et sa dynamique..... | 24 |
| B. Le théâtre..... | 27 |
| C. L'improvisation théâtrale comme thérapie en ergothérapie pour des personnes atteintes de schizophrénie..... | 28 |
| <hr/> | |
| Partie Expérimentale | 33 |
| I- Objectifs d'enquête..... | 33 |
| II- Méthodologie d'enquête..... | 33 |
| III- Présentation des Résultats et Analyse | 35 |
| A. Présentation générale des ergothérapeutes interrogés | 35 |
| B. Le groupe théâtre..... | 36 |
| C. Déroulement de la séance..... | 39 |
| D. Le rôle de l'ergothérapeute..... | 42 |
| E. Impact sur la schizophrénie | 46 |
| F. Les limites de l'improvisation théâtrale | 48 |
| <hr/> | |

| | |
|--|----|
| Discussion | 51 |
| I- Retour sur l'hypothèse..... | 51 |
| II- Limites de l'enquête et axes de réflexions | 54 |
| III- Apports personnels et professionnels | 55 |
| <hr/> | |
| Conclusion..... | 56 |
| <hr/> | |
| Bibliographie..... | 57 |
| <hr/> | |
| Annexes..... | I |

Introduction

Le théâtre... Connue pour ses planches, ses rideaux, ses coulisses, ses lumières et surtout son public, ce lieu signifie beaucoup. Il remémore des années de spectacles de danses, de comédies musicales, de chorales, de cabarets, mais aussi de théâtre, en tant que jeu. Sous forme d'improvisations, de drames, derrière des masques ou autour d'un café, il est un loisir apportant de nombreux points positifs dans la construction de soi. Ayant moi-même pratiqué durant plusieurs années le jeu théâtral, j'ai pu observer et ressentir ses nombreux bénéfices : affirmation de soi, satisfaction, fierté, esprit d'équipe, création de liens... la liste est longue. Encore aujourd'hui, au cours de mes années d'études en ergothérapie, j'ai constaté que ce jeu pouvait aussi être utilisé comme une médiation. Et pourquoi ne pas faire vivre le théâtre en tant qu'ergothérapeute avec un public présentant une situation de handicap ?

La population en santé mentale et plus précisément les personnes atteintes de schizophrénie, peuvent être touchée plus spécifiquement par le repli sur soi, l'apathie¹, la restriction de la participation aux activités de la vie quotidienne et la perte du lien avec son environnement social. Le théâtre pourrait-il aussi apporter des bénéfices à cette population ?

De nombreux travaux ont permis de mettre en valeur le théâtre dans la réhabilitation psychosociale, la communication ou encore les loisirs, mais quels sont les bénéfices dans le rapport aux autres, dans les relations interpersonnelles ? L'improvisation demande au patient de jouer de manière suffisamment explicite des scènes pour qu'elles soient accessibles à tous. Comment la personne atteinte de schizophrénie arrive-t-elle à rentrer en relation avec autrui sur scène alors que cela fait précisément partie de sa problématique ? Ainsi, nous pouvons nous questionner : **En quoi l'improvisation théâtrale peut-elle être une médiation en ergothérapie favorisant les interactions sociales pour des personnes atteintes de schizophrénie ?**

Des auteurs se sont penchés sur ces questions mais quel est le point de vue des ergothérapeutes qui utilisent cette médiation ? Que constatent-ils et qu'en pensent-ils ? Les ressentis de ces professionnels qui utilisent cette médiation sont mis en lumière via des entretiens qualitatifs au sein de cette recherche explicative quasi expérimentale. Celle-ci nous aidera à répondre à la problématique et à valider ou non l'hypothèse suivante : **L'ergothérapeute utilise l'improvisation théâtrale pour favoriser les interactions sociales interpersonnelles des personnes atteintes de schizophrénie, en mettant en scène des situations de la vie quotidienne.**

¹ Désigne une absence d'énergie, une incapacité à réagir qui s'accompagne généralement d'une indifférence à l'émotion, la passion, la motivation.

Lever de rideau sur les éléments de ce travail de fin d'études :

Une première partie théorique permet de se pencher sur trois chapitres. Le premier aborde la psychiatrie et les soins apportés aux personnes atteintes de schizophrénies. Le second s'intéresse aux relations sociales, à leurs structures et leurs enjeux. Dans la troisième nous expliquerons ce que le théâtre a de thérapeutique et en quoi il peut être utilisé comme une médiation.

Une seconde partie pratique apporte des éléments de réponses à la partie théorique. Dans celle-ci, nous exposerons puis analyserons les résultats de l'enquête menée. Après avoir présenté la population étudiée, cette partie sera divisée selon cinq thèmes : tout d'abord nous nous intéresserons au groupe théâtre dans les centres de santé mentale, puis au déroulement d'une séance type. Nous tenterons ensuite de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans cet atelier. Puis, nous porterons notre intérêt sur le potentiel impact de cette médiation sur les personnes atteintes de schizophrénie. Pour finir, nous nous intéresserons aux éventuelles limites de l'utilisation du théâtre comme médiation.

Enfin, une troisième partie permet de discuter ces éléments et de faire le lien entre la partie théorique et la partie pratique.

La conclusion finale permet de clôturer et d'apporter une ouverture à ce travail de fin d'études qui tente de répondre à la question : «En quoi l'improvisation théâtrale peut-elle être une médiation en ergothérapie favorisant les interactions sociales pour des personnes atteintes de schizophrénie ? ».

Nous vous souhaitons une bonne lecture. Action !

Partie Conceptuelle

I- La schizophrénie une pathologie psychotique fréquente dans le milieu de la psychiatrie

A. La psychiatrie

- L'évolution de la psychiatrie

L'Association des Médecins Psychiatres du Québec définit la psychiatrie comme « *une spécialité médicale qui se consacre au diagnostic, à la prévention et aux traitements des maladies mentales* » (AMPQ, 2019). Celle-ci utilise une approche bio-psycho-sociale, c'est-à-dire qu'elle combine une compréhension de la biologie du cerveau, de la psychologie de l'individu et de sa situation sociale. Ces trois domaines influant les uns sur les autres, il est important d'en tenir compte pour l'élaboration d'un diagnostic psychiatrique.

La psychothérapie institutionnelle aspire à humaniser les relations entre les patients et les soignants au sein de l'institution. Ce terme est introduit en France par G. Daumezon et P. Koechelin² au début des années 1950 où le lien entre le malade et l'institution était de plus en plus mis en avant. La psychothérapie institutionnelle a pour visée de créer un « *champs thérapeutique collectif* ». Cela veut dire que pour soigner au mieux un patient psychotique en prenant en compte les différentes dimensions de la psychose, celle-ci nous conseille de lier plusieurs approches : sociale, psychologique, psychanalytique et biologique. Aussi, elle rappelle qu'il convient de disposer d'une grande diversité de « *lieu d'existence* » pour le patient. Ce dernier pourra ainsi choisir et s'adapter aux lieux qu'il jugera lui correspondre au mieux. Associé à une prise en charge collective, ces lieux seront source de rencontres, d'échanges et de différentes interactions pouvant être bénéfiques pour le patient. « *La psychothérapie institutionnelle doit créer des façons de vivre qui permettent à chaque malade d'être soigné au niveau de sa singularité, de sa différence d'avec les autres* » (Oury, 2007), le psychiatre J. Oury nous précise ici l'importance de considérer le patient et sa maladie comme singulier afin d'adapter la prise en charge. C'est en interagissant avec d'autres (malades ou non) que le patient se rendra compte de sa singularité, de son identité.

G Bost³ insiste sur le fait que la psychothérapie institutionnelle est portée sur la participation des patients à la vie collective, mais qu'elle doit aussi préserver la singularité de chacun. Tout patient,

² G. Daumezon et P. Koechelin furent deux psychiatres français.

³ G. Bost est un ergothérapeute travaillant en santé en mentale au moment de la rédaction de ce mémoire.

en plus de sa maladie, à sa propre personnalité, il serait alors erroné d'appliquer les mêmes exigences pour tous. (Bost, 2014) L'institution et les thérapeutes doivent s'adapter au patient en lui donnant un cadre, et non l'inverse.

- **Les modalités de soins**

Les modalités de soins, définies dans le dispositif de Juillet 2011, s'organisent en deux catégories, avec ou sans le consentement du patient (Alamowitch, Joseph, & Loubière, 2016) :

- Soins psychiatriques AVEC le consentement du patient : 80% des hospitalisations psychiatriques se font avec le consentement de la personne psychotique. On parle alors de soins psychiatriques libres (SPL). Dans ce cas, la personne bénéficie de ses droits d'exercer des libertés individuelles, comme de choisir librement son médecin, son établissement ainsi que la fin de ses soins.
- Soins psychiatrique SANS consentement du patient (SSC) : ces soins sont exclusivement réalisés par les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer cette mission. Cela se fait selon plusieurs modes d'admissions :
 - Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU)
 - Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI),
 - Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)

Le tiers est une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Il peut être membre de sa famille ou de son entourage. Mais ce peut être également toute personne justifiant des relations avec le patient antérieur à la demande de soins. Pour que le tiers fasse une demande d'admission en soin psychiatrique, que ce soit en urgence ou non (SDT ou SDTU), trois conditions doivent être réunies :

- la présence de troubles mentaux
- l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins
- la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière

En cas de péril imminent pour la santé de la personne et d'impossibilité d'obtenir une demande de tiers (SPI), le directeur de l'établissement d'accueil peut décider de l'admission en soin psychiatrique. Cela à condition qu'il soit appuyé d'un certificat établi par un médecin n'exerçant pas son activité dans le même établissement.

L'admission en soin psychiatrique sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE) doit réunir quatre conditions :

- la présence de troubles mentaux
- l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins
- la nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière

- l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

Chez les personnes atteintes de psychoses, l'accès aux soins peut donc se faire par la contrainte et sans le consentement de la personne malade. En raison de l'anosognosie⁴ ou du déni de leurs troubles, ces personnes refusent d'avoir les soins dont ils ont besoins. C'est pourquoi il est important que les soins puissent être apportés sous différentes modalités.

• Les lieux de soins

Il existe différents types de prise en charge pour la personne atteinte de psychose (Caria, 2016) :

- **L'Hospitalisation à Temps Complet (HTC)** où le patient est hébergé durant toute sa prise en charge: séjours thérapeutiques, placement familial thérapeutique, prise en charge en appartement thérapeutiques, prise en charge en centres de postcure psychiatriques, prise en charge en centre de crise, unité pour malades difficiles (UMD), etc.
- **L'Hospitalisation à Temps Partiel (HTP)** :
 - l'hospitalisation de jour : le patient n'est pas hébergé et les soins sont délivrés dans la structure durant la journée ou la semaine.
 - l'hospitalisation de nuit : le patient est accueilli et nécessite un suivi et une surveillance. Souvent, ce type d'hospitalisation est une étape de transition avant la sortie définitive de l'hôpital.
- Les soins ambulatoires : représentent une alternative à l'hospitalisation et permet au patient d'être suivi quotidiennement :
 - Centre Médico-Psychologique (CMP) : consultations, orientations.
 - Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

L'hospitalisation se déroule la plupart du temps au sein de Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) disposant d'un ou de plusieurs de ces types de prise en charge.

- Les soins à domicile qui permettent de surveiller le patient en réalisant des visites à domicile afin de maintenir le patient dans son environnement. Les professionnels peuvent ainsi délivrer les soins nécessaires.

Ainsi, nous voyons là les différentes structures et modalités d'admission pour les personnes nécessitant des soins en psychiatrie. Ses soins seront différents en fonction de la pathologie du patient et peuvent évoluer dans le temps en fonction de son état psychique. Dans ce mémoire nous nous intéressons à une seule maladie psychiatrique : la schizophrénie.

⁴ L'anosognosie est un trouble neuropsychologique. Dans ce cas, le patient atteint d'une maladie ou d'un handicap n'a pas conscience de sa condition.

B. La schizophrénie

La schizophrénie est une psychose⁵ qui se traduit par la perte du contact avec la réalité et par la désintégration de la personnalité. C'est une maladie chronique qui évolue en général par phases aiguës dans les premières années, avant de se stabiliser. Celle-ci se déclare dans la majorité des cas entre 15 et 25 ans. Elle touche, de nos jours, 0,7% de la population mondiale, soit 23 millions de personnes, dont 600 000 en France (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

• Causes et symptômes

Porter un diagnostic de schizophrénie sur une personne est souvent très long. Ce n'est qu'à un stade avancé de la maladie que l'on peut aisément identifier les symptômes. Ces derniers, variant d'une personne à l'autre, ne facilitent pas la pose du diagnostic. Néanmoins, on retrouve plusieurs signes similaires entre les personnes atteintes de schizophrénie. Ceux-ci engendrent un changement comportemental du malade. L'entourage en est le premier témoin. On distingue alors les symptômes positifs des symptômes négatifs (Saoud & d'Amato, 2006).

Les symptômes positifs sont les symptômes qui s'ajoutent à l'expérience de la réalité et aux comportements habituels et qui ne sont pas ressentis normalement par les individus sains. Parmi eux nous retrouvons les hallucinations. Elles peuvent être auditives, olfactives, gustatives ou cénesthésiques⁶. Ces hallucinations sont souvent associées à des idées délirantes, constituées de croyances inadaptées, contraire à toute logique et imperméable à la réalité. Au cours de mon expérience, j'ai pu constater ces idées délirantes auprès de personnes atteintes de schizophrénie. Elles sont très variables selon chacune mais sont le plus souvent à caractère persécutif. Elles peuvent être aussi mystiques ou mégalomaniaques. Ces symptômes sont vécus comme réels par la personne et sont généralement source d'angoisse et de stress.

Les symptômes négatifs, eux, sont ainsi nommé car ils reflètent le déclin des fonctions normales de l'individu. Le retrait social en est l'un des principaux. L'isolement de la personne se fait de manière progressive et s'aggrave au fil du temps. La communication avec autrui se détériore, la personne se détache peu à peu de toute relation et tend à se renfermer sur elle-même (Saoud & d'Amato, 2006). Comme le dit G. Bost le psychotique est coupé du monde et a du mal à s'y situer. Il se replie sur lui-même en se construisant un espace fermé (Bost, 2014). Associé à un émoussement affectif et/ou à une indifférence émotionnelle, la rencontre avec l'autre devient alors presque impossible. Un autre de ces symptômes que j'ai observés durant mes stages en psychiatrie, se retrouve dans les activités de la personne. La capacité à accomplir et finaliser une tâche s'estompe jusqu'à l'abandon total de toute

⁵ Maladie mentale grave affectant le psychisme de la personne qui n'en a pas conscience. Elle se caractérise par une désintégration de la personnalité accompagnée de troubles de la perception, du jugement et du raisonnement.

⁶ Relatif à la cénesthésie qui est l'impression générale résultant de l'ensemble des sensations corporelles.

activité. Un apragmatisme⁷ s'installe dès lors. Le monde extérieur ne les intéresse plus, tandis que leur monde interne les engloutit.

D'autres symptômes sont significatifs de la maladie, comme la perte de l'unité psychique (appelé aussi « dissociation »). Cela se manifeste par des manières gestuelles ou verbales, donnant l'impression d'une perte de fluidité du geste et du discours. Elle peut s'associer à une incohérence idéique⁸ et verbale, pouvant même aller jusqu'à une schizophasie⁹. La personne s'exprime par un discours décousu, souvent incompréhensible et avec un manque certain de logique, employant des mots inadaptés ou des néologismes¹⁰. La pensée devient alors floue et peu logique.

La schizophrénie est une pathologie complexe dont les facteurs étiologiques¹¹ semblent multiples. En effet la recherche n'a pas mis en évidence de facteur unique. Néanmoins, on pense qu'une interaction entre des gènes et un certain nombre de facteurs environnementaux peut être à l'origine du trouble. Au début des années 1980, deux chercheurs se sont intéressés à la corrélation entre la génétique et la schizophrénie. Gottesman et Shield ont montrés que le risque de développer la maladie est environ dix fois plus élevé chez des personnes apparentées au premier degré à quelqu'un atteint de schizophrénie. Parallèlement, d'autres études émettent l'hypothèse de l'impact sociodémographique dans l'apparition de cette maladie. Parmi celles-ci, on trouve le niveau socioéconomique. Au niveau des statistiques, on observe que la maladie est plus présente dans des populations ayant un bas niveau socioéconomique.

Bien qu'il soit difficile d'identifier de manière exhaustive l'ensemble des éléments causant cette maladie, il a été souligné l'importance du facteur stress. Ce dernier, associé à une vulnérabilité importante, déclenche potentiellement des épisodes psychotiques aigus à l'âge adulte. Ces épisodes peuvent entraîner l'apparition de la schizophrénie. Le modèle vulnérabilité-stress illustre le fait que plus le stress est intense et la vulnérabilité importante, plus le risque de déclencher un épisode psychotique aigu est élevé (Schizophrénie, s.d.).

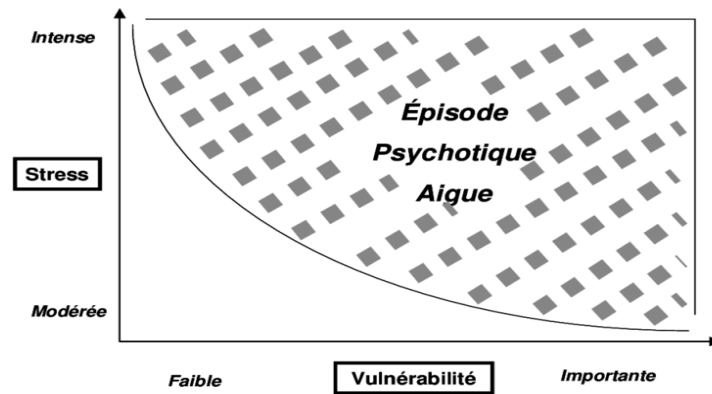
⁷ Symptôme psychiatrique se traduisant par une incapacité à entreprendre des actions.

⁸ Trouble du jugement et du raisonnement aboutissant à l'état d'incohérence de la pensée et des propos.

⁹ Désorganisation du langage par perte de la logique grammaticale et sémantique.

¹⁰ Mots nouveaux ou avec un sens nouveau.

¹¹ L'étiologie est l'étude des causes d'une maladie.



Afin de prendre en charge au mieux la personne atteinte de schizophrénie, l'ergothérapeute ne doit pas seulement connaître les causes et les symptômes de la maladie. Il doit aussi être au fait quant aux divers traitements du patient (médicamenteux et humain) pour que son travail s'inscrive dans une prise en charge globale.

- **Evolution des traitements**

Le terme de « *schizophrénie* » associe les mots grecs « *schizo* » signifiant la séparation et « *phrên* » qui est l'esprit (Bottéro, Une histoire de la dissociation schizophrénique, 2001). Il est prononcé pour la première fois par le psychiatre Suisse E. Bleuler lors d'une conférence au congrès de l'association allemande de psychiatrie en 1908. Ainsi, le psychiatre présente sa propre conception de cette maladie, identifiée quelques années plus tôt sous le terme de « *démence précoce* » par le psychiatre Allemand E. Kraepelin (Bottéro, Un siècle de schizophrénie, 2010).

A cette époque, aucun traitement ne permettait de soigner cette maladie. Ce n'est qu'à partir de 1952, par la découverte des neuroleptiques¹² par J. Delay et P. Deniker¹³, qu'il a été démontré une efficacité pour cette pathologie. Peu à peu, avec l'émancipation des connaissances médicamenteuses, les neuroleptiques ont évolués pour traiter au mieux la maladie. Les premiers qui ont été développés dans les années cinquante font partie de la famille des antipsychotiques dits « *classiques* ». Néanmoins, en plus d'avoir des effets indésirables, leur action avait uniquement un impact sur les symptômes positifs. Sont alors apparues les antipsychotiques de deuxième génération ou « *antipsychotique atypiques* » qui ont une action combinée sur les symptômes positifs et négatifs tout en réduisant le risque d'effet secondaires. En raison d'un rapport efficacité-tolérance neurologique plus favorable, ils sont aujourd'hui recommandés comme médicaments de première intention. Ils sont aussi prescrit afin d'éviter une rechute de la personne dans la maladie.

¹² Médicament psychotrope agissant sur le système nerveux. Ils sont utilisés dans le traitement de psychoses. Ils diminuent la souffrance de la personne et améliorent son fonctionnement psychique (d'un point de vue affectif, relationnel et social).

¹³ J. Delay et P. Deniker sont deux psychiatres français.

A l'heure actuelle, pour accompagner ces derniers, les scientifiques ont montré l'efficacité des thérapies psychologiques et sociologiques (Saoud & d'Amato, 2006). Parmi celles-ci, nous en recensons trois principales :

- La psychothérapie psychanalytique : élaborée au cours des années 60, dans cette thérapie, le thérapeute abandonne sa neutralité pour faire place à une attitude bienveillante, presque parentale. Le dialogue et la verbalisation sont ici thérapeutiques. La cure se termine lorsque le patient a acquis une meilleure maîtrise de lui-même.
- La thérapie cognitive et comportementale (TCC): pensée entre 1950 et 1960, l'objectif de cette thérapie est de remplacer le comportement, jugé inadapté, par celui que souhaite le patient. Cela se fait par un apprentissage progressif, où le patient est moteur. Ici, on prend en compte l'avis du patient et de ses souhaits. La thérapie ne se fait pas seulement sur des observations du comportement du patient mais aussi sur son ressenti.
- La psychoéducation : cette thérapie, fondée à la fin du XXème siècle, a pour but d'informer, de sensibiliser, de donner des renseignements sur la maladie et les traitements qui existent. Cela vise à être bénéfique pour le malade et pour les familles. En effet, la schizophrénie est souvent associée à un manque de conscience des troubles (anosognosie). Ici on émet l'hypothèse qu'une meilleure connaissance des troubles garantirait une meilleure adhésion aux soins du patient. De même, pour la famille cela leur permet d'adapter leurs attentes et leur attitude à l'égard du malade.

De nombreuses études ont comparés ses trois formes de psychothérapie en complément des traitements médicamenteux. Celles-ci ont permis de confirmer l'efficacité de la TCC et de la psychoéducation.

| | <i>Psychanalyse Thérapie Psychodynamique</i> | <i>Thérapie Comportementale et Cognitives (TCC)</i> | <i>Psychoéducation (patient, famille)</i> |
|--|--|---|--|
| Phase aiguë | Efficacité non établie | Efficacité avérée à court terme | Efficacité confirmée dans la diminution des rechutes sur 2 ans |
| Phase de stabilisation et suivi ambulatoire | Efficacité non établie | Efficacité confirmée Acquisition d'habilités sociales, amélioration de la gestion des émotions | Efficacité confirmée dans la diminution des rechutes A 18 mois (psychoéducation chez les patients) 1 à 2 ans (psychoéducation familiale) |

Tableau 1 : comparaison de l'efficacité des différentes techniques psychothérapeutiques pour la schizophrénie, en complément d'un traitement médicamenteux.

Au cours de mon expérience et des stages que j'ai effectué j'ai pu être au contact de cette population et notamment des thérapies dite cognitivo-comportementales. Durant des journées d'observation dans un CATTP, j'ai participé à des ateliers d'improvisation théâtrale animés par un ergothérapeute et une psychomotricienne. Dans cet atelier j'ai constaté que les patients adaptaient leurs discours, leurs comportements en fonction de la situation jouée. Cela m'a fait penser aux TCC, où le patient est acteur de ses soins et apprend à adapter sa position en fonction des situations. Dans le cadre de l'atelier théâtrale l'ergothérapeute travaille avec le patient sur les relations avec son environnement.

Notons également, que le patient bénéficie d'une prise en charge globale en psychiatrie. C'est-à-dire que le patient est suivi et accompagné par plusieurs professionnels de santé. Travaillant en collaboration les uns avec autres, ils lui assurent une prise charge adaptée. Parmi ces professionnels, nous retrouvons bien sur le médecin psychiatre, assurant les traitements du patient (qu'ils soient médicamenteux ou humains), mais aussi le psychologue qui, lui, offre une oreille attentive concernant les émotions, les craintes et les difficultés du patient. D'un point de vu paramédical, durant mes divers stages en santé mentale, j'ai également pu collaborer avec des kinésithérapeutes, des psychomotricien(ne)s, des diététicien(ne)s, des infirmier(ière)s et des éducateur(trice)s spécialisé(e)s. Au sein de cette structure regroupant ces divers professionnels de santé, intéressons-nous au travail de l'ergothérapeute.

C. L'ergothérapie en psychiatrie

• Définition de l'ergothérapie

En tant qu'ergothérapeute, nous pouvons exercer notre métier dans les différents lieux de soins décrits en amont. Nous nous demandons alors quel est le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine spécifique de la psychiatrie. De nombreuses définitions sur le métier d'ergothérapeute sont parues à ce jour. Néanmoins, le champ de travail de l'ergothérapeute est large. Il est donc difficile d'en poser une définition exhaustive.

Le mot « *ergothérapie* » prend son origine du grec « *ergon* » signifiant « *activité* ». Ainsi, comme son étymologie l'indique, l'ergothérapie est une thérapie par l'activité et qui tend à rééduquer, réadapter, ou encore réhabiliter la personne. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) établit la définition de l'ergothérapie suivante :

« L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est

l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. » (ANFE, 2019)

- **La prise en charge en ergothérapie**

En psychiatrie, il est important de veiller à la dynamique psychique du patient pour éviter l'enfermement, l'exclusion et ainsi la persécution du patient. Cela passe notamment par l'ergothérapie où l'on stimule le patient à travers différents ateliers. Comme l'ont dit certains, être psychotique c'est « *vivre hors de soi* », être sujet à des angoisses terrifiantes et subir une vie psychique. C'est pourquoi, l'un des objectifs majeur de l'ergothérapeute est de faire renouer la personne malade avec son corps et son environnement, ce qui lui permettra de se situer dans l'espace. La stimulation des relations sociales sont aussi un point de la prise en charge. Pour cela, l'ergothérapeute co-travaille avec d'autres professionnels de santé que nous avons nommés précédemment. Ce travail pluridisciplinaire apporte aux patients une thérapie globale. Chacun apporte son expertise et un regard différent sur le patient et sa maladie, ce qui pourra être utiles aux autres professionnels pour une bonne prise en charge du patient.

Afin de lutter contre le cloisonnement, il est judicieux de favoriser les espaces de rencontres, d'échanges, au sein de l'institution (comme le veut la psychothérapie institutionnelle dont nous avons parlé précédemment). Chaque personne peut alors participer à la vie collective, ce qui sollicite chez le patient l'articulation entre sa propre existence et le monde qui l'entoure. C'est ce qui a été mise en place à la clinique La Borde, où le patient prend part à la vie de l'institution et des réunions le concernant. Ces temps sont un apport d'informations concernant le patient, en révélant ses conflits intérieurs, sa position d'isolement, mais ils permettent également de dynamiser le patient et qu'il soit acteur du monde qui l'entoure.

Chez les patients psychotiques hospitalisés, et notamment ceux atteints de schizophrénie, on retrouve des mécanismes de défense psychologique communs. Le clivage¹⁴ en fait partie. En effet pour faire face à des émotions envahissantes, certains adoptent malgré eux des comportements ou des discours contradictoires avec les différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire. Cela peut amener à de réels conflits au sein de l'équipe. C'est pourquoi la communication et l'application du règlement sont primordiales pour maintenir une bonne cohésion.

- **Les objectifs et moyens ergothérapeutiques**

En tant qu'ergothérapeute, il est essentiel d'être engagé dans la relation thérapeutique avec le patient pour que sa prise en charge se déroule au mieux. Le patient s'investira dans sa prise en charge si le thérapeute s'investi lui aussi. Cela passe par du temps accordé au patient, un lieu dédié à la prise en

¹⁴ Le clivage consiste en une incapacité de percevoir en même temps les caractéristiques positives et négatives d'une personne, d'un événement ou d'un objet.

charge, mais aussi de l'investissement personnel. C'est sur ce dernier que l'ergothérapeute doit être vigilant. En effet, comme le souligne Mathilde Chaussé¹⁵ dans le livre « *Etre ergothérapeute en psychiatrie* » (Chaussé, 2014), l'ergothérapeute doit être attentif à ses émotions. Elle nous rappelle que nous sommes des thérapeutes mais avant tout des humains dotés de pensées et d'émotions. Celles-ci peuvent impacter sur la prise en charge du patient. Elle prend comme exemple le questionnement qu'elle a eu vis-à-vis d'un patient où elle se demandait si sa sortie ne serait pas un soulagement pour l'équipe thérapeutique. C'est pourquoi nous nous devons d'analyser nos émotions, d'être à l'écoute de nous-même, afin d'éviter de telles situations. La cohésion de l'équipe est aussi un atout contre ce genre de situation.

Un autre objectif de l'ergothérapie est de renouer le patient à la réalité. Pour cela, l'ergothérapeute à recours à des activités utilisant diverses médiations. Dans le champ thérapeutique nous distinguons deux types de médiations :

- Celles qui sont déjà toutes faites, comme les contes, les images, les vidéos... qui confrontent le sujet à ce qui existe déjà.
- Celles qui sont à construire partant d'une matière première tel que le bois, la peinture, ou encore le corps.

Toutes deux font appels à la créativité, dans un cas l'objet est le point de départ, dans l'autre il est le point d'arrivé. Le choix de la médiation est très important, il doit dépendre de l'histoire du patient, de sa volonté et de l'objectif thérapeutique. Aussi, rappelons que pour toutes médiations l'ergothérapeute ne doit pas faire passer son projet thérapeutique avant celui du patient. Ressentir les capacités enfouies du patient est une chose importante mais il faut aussi accepter qu'il ne soit pas en mesure de les utiliser. L'ergothérapeute doit s'adapter au patient et ne jamais travailler plus que lui sur l'activité. Il doit accompagner la personne et non la porter.

En ce qui concerne les médiations corporelles, citons les activités portant sur l'image du corps qui semblent les plus pertinentes pour illustrer le sentiment d'existence :

« Les activités corporelles : elles visent essentiellement à retrouver un vécu corporel plus riche et un sentiment d'existence plus concret. Exemples : la relaxation, l'expression corporelle. Les activités portant sur l'image du corps : ces activités permettent l'expression du corps imaginaire et permettent aux personnes de s'identifier ou de se différencier ; de jouer un rôle, de parler d'elles à travers un personnage. Exemples : le théâtre, les marionnettes, la photographie. ». (Klein, 2014)

¹⁵ M. Chaussé est une ergothérapeute ayant participé à la rédaction du livre « *Etre ergothérapeute en psychiatrie* »

Chez les patients psychotiques, comme les schizophréniques, la limite entre leur corps et l'objet leur est inconnue. Ce type de médiation a pour intérêt de leur faire prendre conscience de leur corps, de renouer avec celui-ci.

- **L'approche psycho-dynamique**

Dans les stages que j'ai effectués et suite à mes différentes observations, j'ai constaté que l'ergothérapeute travaillant en psychiatrie ne disposait que de peu de modèles conceptuels sur lesquels il lui était possible de s'appuyer. Cependant, certains des ergothérapeutes que j'ai rencontrés utilisaient des modèles conceptuels autres que les modèles ergothérapeutiques. Le modèle psycho-dynamique en fait partie.

Ce modèle regroupe plusieurs théories psychanalytiques permettant une lecture d'un point de vue psychoaffectif (Morel-Bracq, 2009). Son objectif étant de rendre conscientes les difficultés présentes chez le patient. Ces difficultés étant jusqu'à lors inconscientes pour celui-ci. L'ergothérapeute aide le patient à déployer ses pensées par son écoute mais l'aide aussi avec ses interprétations. Il l'accompagne à vivre psychiquement et affectivement certains moments difficiles de la vie qui auraient été enfouis dans l'inconscient. Freud a mis en évidence une corrélation existante entre les événements du passé et ceux du présent. L'inconscient peut parfois guider nos actions, nos sentiments et pensées et être à l'origine de nos conflits internes.

L'approche psycho-dynamique peut être utilisée par les ergothérapeutes dans des ateliers de groupes durant lesquels sera analysé le langage verbal ou non verbal du patient. Cela peut se faire à travers des ateliers de mise en scène ou des improvisations. L'ergothérapeute sera au fait de l'histoire passée du patient pour pouvoir mettre en place des jeux de rôle pertinents pour lui.

II- Les relations sociales

Dans le sens commun du terme, l'interaction sociale est définie comme une action réciproque de deux ou plusieurs personnes. En sociologie, celle-ci est souvent utilisée comme simple synonyme de relation sociale. L'interaction interpersonnelle est une séquence dynamique d'action sociale entre des individus, modifiant leurs actions et leurs réactions en fonction des celles effectuées. Les relations et les interactions sociales sont des phénomènes complexes qui ne sont généralement pas perçues par les personnes atteintes de schizophrénie. Si nous avons pour objectif d'améliorer les relations sociales de ces dernières, il est essentiel de comprendre ce qui les caractérise. Nous allons donc identifier ce qui les compose et les rend si complexes. C'est là tout l'enjeu de ce chapitre.

A. Une construction rigoureuse de la relation

- **Structure de la relation.**

Contexte

Le contexte est une part importante de la relation et des interactions sociales qui en découlent. Il n'est pas seulement un simple environnement dans lequel se produit la relation, il impact fortement la structure de cette dernière. Le contexte est constitué de plusieurs dimensions : le cadre, la situation et l'institution (Marc & Picard, 2015).

Le cadre est un élément aussi physique que temporel. Il est important de prendre en considération ces deux composantes pour le définir car elles posent le « décor » de l'interaction. Aussi, notons que le cadre dans lequel se déroule l'interaction influe sur cette dernière. Prenons pour exemple un patient se trouvant dans une salle de repos de l'hôpital. Dans ce cas, le cadre (la liberté de pouvoir rester ou non, l'absence de contrainte...) favorise un certain type de relation. L'individu se comportera et aura une interaction différente avec une personne dans ce cadre-ci qu'avec celles qu'il rencontrera en atelier d'ergothérapie. Or cette salle de repos peut tout aussi bien servir d'espace pour un atelier d'ergothérapie par exemple. Un même cadre permet donc plusieurs situations. Ces dernières engendrent différents types de relations. Celles-ci sont définies entre autre par ses participants (ceux qui sont « légitimes » de participer), le rôle de chacun, ainsi que les thèmes de l'échange (on n'aborde pas les mêmes sujets avec son médecin ou avec son banquier). La dernière composante du contexte est l'institution. C'est au sein de celle-ci que s'inscrivent le cadre et la situation. Les rapports diffèrent selon elle. Nous ne pouvons pas avoir les même relations avec nos collègues de travail et avec notre avec famille (où les relations sont nettement moins formelles).

Composé de ces trois points, le contexte est le premier déterminant de la relation. Aux vues de ceux-ci nous pouvons estimer le type de relation qui en découlera.

L'importance de la distance

La relation que nous avons avec une personne ne dépend pas seulement du contexte mais également de la distance que nous avons avec celle-ci.

Nous pouvons d'abord parler de distance physique. L'anthropologue et sociologue E. T. Hall, nous explique que chaque humain possède une zone d'intimité qui lui est propre et est défini en fonction de la relation qui se crée. Plus on est intime avec une personne, plus on tend à en être proche. Ainsi, il a été mis en évidence quatre principales catégories de distances interrelationnelles :

- La distance intime (entre 15 et 45 cm) : zone qui s'accompagne d'une grande implication physique et d'un échange sensoriel élevé.
- La distance personnelle (entre 45 et 125 cm) : est utilisée dans les conversations particulières.
- La distance sociale (entre 1,20 et 3,70 m) : est utilisée au cours de l'interaction avec des amis et des collègues de travail.
- La distance publique (supérieure à 3,70 m) : est utilisée lorsqu'on parle à des groupes.

La distance psychique, quant à elle, est tout aussi subtile (Marc & Picard, 2015). Sa mesure ne se fait pas en centimètre, mais selon une échelle allant de « familier » à « inconnu ». L'inconnu est une personne que l'on ne connaît pas, on ne sait rien de lui. Il est donc plus approprié de parler de rencontre dans ce cas plutôt que de « relation ». Entre ces deux points, nous trouvons alors plusieurs degrés de « connaissances » sur la personne. Aussi, La familiarité que l'on a avec une personne dépend de l'expérience que l'on a partagée et du contexte de la rencontre. Au-delà d'un simple catalogage des différentes relations, cette distance établit des codes relationnels. En effet, si nous connaissons peu une personne, alors la relation sera davantage conventionnelle. Aussi, ignorer une personne que l'on connaît et qui nous est donc familière, pourra être perçu comme une offense (contrairement à une personne inconnue). La relation dépend de l'attitude que l'on adopte et de la qualité du lien qui nous unit.

Les personnes atteintes de schizophrénie ont du mal à adapter leur comportement en société en fonction des personnes présente. Ainsi, elles pourront agir avec une personne qui lui est familière, de la même manière qu'avec une personne inconnue, et inversement. Cette capacité à reconnaître ces distances et adapter son comportement en fonction, sont des objectifs qui pourront être travaillé avec l'ergothérapeute. Cela peut se faire via l'atelier théâtral où l'acteur doit réagir de manière adapter à une situation s'il veut être compris de tous.

Relation plurielle

La relation dépend également du nombre d'individus. Cet élément n'est pas négligeable si nous souhaitons comprendre les interactions de chacun. En effet, l'attitude, les interactions mises en place et le rôle de chacun se déterminent en fonction du nombre d'individus présent dans la relation. Le patient n'adoptera pas le même comportement s'il est seul avec un thérapeute ou s'il est avec d'autres patients.

L'importance de cet élément dans les interactions sociales fut mise en avant par le sociologue allemand G. Simmel. Celui-ci s'est intéressé aux relations composées de trois individus. Cependant, que ce soit pour une relation à trois ou plus, le groupe constitue une entité à part entière où des mécanismes s'opèrent ; dans une dynamique de groupe où chacun des membres interagit ensemble. En effet, d'après le psychologue allemand K. Lewin, les forces au sein d'un groupe s'équilibrent naturellement et contribuent à sa dynamique. Chaque membre d'un même groupe agit en fonction de ce dernier et tend à préserver son équilibre. L'un des phénomènes majeurs de cette dynamique est le besoin d'appartenance. C'est en appartenant à un groupe que nous trouvons le moyen d'être écouté, de s'exprimer, de trouver de l'affection, d'être soutenu... Tant de ressorts qui nous permettent de construire notre identité. Pour appartenir à un groupe nous devons nous y conformer, contrairement à la marginalité qui entraîne souvent le rejet ou l'exclusion.

L'appartenance à un groupe amène donc l'individu à une sorte de cohésion et d'uniformité avec les autres membres de celui-ci. Mais cette recherche de conformité entraîne aussi un besoin de différenciation. C'est ce que J.-P. Codol nomme l' « effet Primus Inter Pares » (premier entre les pairs). Selon lui, l'individu cherche à se sentir comme semblable aux autres afin d'être intégré dans le groupe, tout en se différenciant d'autrui, désireux de préserver son identité. Afin d'effectuer ce double comportement, J.-P. Codol nous explique que le sujet tend à se montrer plus conforme que les autres aux normes et valeurs au sein du groupe.

Ainsi, nous voyons que le groupe et le nombre d'individus y appartenant, ont un réel impact sur la personne. Le groupe est animé de phénomènes spécifiques qu'il est important de connaître si nous participons ou animons une activité de groupe.

• Les rapports de places dans la relation

Comme nous l'avons vu précédemment le groupe est en perpétuel mouvement, ce qui amène souvent ses participants à adapter leurs positions en fonction de leurs partenaires. Ces changements demandent aux individus une certaine flexibilité et capacité à s'adapter. Pour comprendre au mieux ce rapport des places nous allons en définir les termes (Fischer, 2015).

Le « rapport » est la position prise par chaque individu par rapport aux autres. Une corrélation se fait entre la place que nous prenons et celle des autres membres du groupe. Par exemple, dans un atelier de groupe en ergothérapie, les patients écoutent l'ergothérapeute et tendent à appliquer les consignes et respecter le cadre qui leurs sont donnés. Ainsi, chacun accepte sa place de soigné ou de soignant pour une prise en charge en groupe de qualité.

La « place » est la position qu'un individu prend dans un groupe permettant de l'identifier et de le situer au sein de celui-ci. Elle se rapproche des notions de « statut » et de « rôle » au sein d'une communauté. Mais s'ancre aussi bien d'un point de vue social, imaginaire, que symbolique. Cette notion est étroitement liée avec le « rapport » et constituent ensemble le rapport de place.

Bien souvent le rapport de place s'inscrit dans une institution ou une culture. Cela instaure automatiquement les rôles sociaux de chacun (exemple : parent/enfant, professeur/élève, vendeur/client). Dans le cas où ces déterminants sociaux manquent, la place de chacun dépend totalement de la relation qui se met en place. Ainsi, chacun négocie sa place dans le groupe pour y faire partie. Ce positionnement est difficilement perceptible pour des personnes atteintes de schizophrénie. C'est en partie pour travailler cela que l'ergothérapeute met en place des activités de groupe : pour apprendre à se situer. Ce travail se perçoit dans les ateliers où le patient est amené à interagir avec les autres pour une production commune, et où il se met en action (ex : marionnette, théâtre...).

La notion de symétrie est un point tout aussi important de la relation, de cela en dépendra son équilibre. Nous parlons de symétrie lorsque les membres du groupe se considèrent comme égaux. Parmi eux nous ne trouvons aucun signe de soumission, de pouvoir ou de hiérarchie. Les relations asymétriques, quant à elles, peuvent être dites complémentaires ou hiérarchiques. Lorsqu'elles sont complémentaires, les rôles et comportements de chacun sont différents mais ils s'assemblent pour être complémentaires (exemple : le médecin avec son patient). A l'inverse, les relations hiérarchiques soulignent une différence entre une position « haute » et une position « basse ». Ces positions sont soit déterminées par le statut de chacun, soit de manière subjective (exemple lorsque l'on a un sentiment d'infériorité). Bien entendu le caractère symétrique ou asymétrique d'une relation peu évoluer avec le temps. Cette évolution permet aux individus de trouver un équilibre dans leur relation.

Nous ne disons pas là qu'une relation est de meilleure qualité si elle symétrique ou asymétrique. Elles sont simplement différentes et sont équilibrées si chacun des membres y trouve sa place. Dans le cas contraire on dira que la relation est déséquilibrée. Cet équilibre est recherché dans chaque atelier ergothérapique où les patients sont en groupe. L'ergothérapeute conduit chacun des patients à trouver sa place dans le groupe et donc dans leur environnement. L'objectif étant qu'ils deviennent autonomes pour adopter la place qui leur convient dans leur environnement et avec autrui.

B. Relation interpersonnelle

Dans la partie précédente nous avons vu comment se structurait la relation et les enjeux de celle-ci. Nous allons nous intéresser ici aux interactions qui se mettent en place au sein du groupe. Ainsi nous comprendrons de quelle manière les partisans du groupe communiquent et changent la nature de la relation. Voyons dans un premier temps sur le modèle de la communication pour ensuite les mécanismes qui s'opèrent entre les individus.

• **Modèle de communication**

La communication se fait à travers plusieurs niveaux de significations. Nous avons dans le langage d'une part le sens explicite, se communiquant par la verbalisation, et d'autre part, l'implicite qui passe par le langage non-verbale.

Il est important d'avoir en tête que la communication n'est pas seulement un échange de parole mais que le corps entier communique à travers des gestes, des postures, ou des mimiques. Ce langage non-verbal livre des informations qui ne sont parfois pas perceptibles par la verbalisation. L'implicite est bien souvent difficilement accessible aux personnes atteintes de schizophrénie. L'ergothérapeute peut apprendre à ces personnes à utiliser cette forme d'expression via des situations de la vie quotidienne et des mises en scène.

La communication non-verbale fut mise en avant dans les années 50 par les travaux de R. Birdwhistell¹⁶ sur la kinésique¹⁷. Cette dernière s'intéresse aux expressions gestuelles et à leurs significations dans la relation. Ainsi, les mimiques faciales, la gestuelle, la tenue et l'apparence sont toutes des formes d'expressions corporelles qu'il convient de considérer. Aussi, nous pouvons distinguer dans cette communication les « *indices* » des « *symboles* ». Le plus souvent les « *indices* » sont involontaires, ils sont en adéquation entre le signifié (ce que l'on ressent ou ce que l'on pense) et le signifiant (ce que l'on exprime par notre corps). Par exemple, nous avons tendance à rougir lorsque nous sommes gênés. Notre corps exprime ce que nous ressentons. A contrario, les « *symboles* » sont volontaires et sont des expressions corporelles qui accompagnent notre discours.

La communication non verbale à trois principales fonctions (Brossard & Cosnier, 1992) :

- Une « fonction de communication » : elle permet de donner des informations et de transmettre nos émotions (par exemple acquiescer de la tête, avoir des larmes pour exprimer notre tristesse)
- Une « fonction relationnelle et régulatrice » : elle structure la relation (par exemple regarder son partenaire pour montrer son attention, lever le doigt pour prendre la parole...)

¹⁶ R. Birdwhistell est un anthropologue américain qui s'est principalement intéressé à la kinésique.

¹⁷ Etude des gestes et des mimiques utilisés comme signes de communication.

- Une « fonction symbolique » : elle s'inscrit dans des rituels (par exemple se lever lorsqu'un invité arrive)

Ainsi nous voyons l'importance de la communication non-verbale mais n'oublions pas que ce n'est qu'accompagner du verbale que nous obtenons une « communication totale ». C'est en travaillant cela que l'ergothérapeute pourra aider le patient atteint de schizophrénie à interagir avec son entourage.

• **Conflictualité dans l'expression du soi**

Dans une relation avec autrui, notre discours s'appuie sur nos expériences subjectives, tel que nos sensations, nos sentiments, nos souvenirs... un choix s'offre à nous entre ce que nous nous autorisons à communiquer à l'autre et ce que nous préférons garder pour nous. C'est ce que nous retrouvons dans la conflictualité de l'expression de soi.

Ainsi, nous pouvons distinguer le soi intime du soi social. Le soi intime se rapporte à tout ce que la personne garde à l'intérieur d'elle et qui est invisible aux autres. Celui-ci est uniquement accessible par le sujet. Contrairement au soi social qui est ce que l'on montre à autrui. Il n'est pas seulement ce que la personne exprime verbalement mais fait référence aussi à son apparence et à ses comportements. Il s'apparente à ce que le psychiatre S. Tisseron nomme « *l'extimité*¹⁸ » (Tisseron, 2011). Le soi social est une image de soi que l'on offre à autrui. Nous le percevons qu'à travers ceux qui en sont les destinataires.

La personne atteinte de schizophrénie dissocie inconsciemment son soi social (qui lui est difficilement perceptible) de son soi intime. Dans une démarche de réhabilitation et de réappropriation de son corps, l'ergothérapeute amène le patient à se recentrer au cours d'activités. L'enjeu étant de coordonner l'intérieur et l'extérieur du patient, tout en préservant la barrière créée entre le soi social et le soi intime. Celle-ci est plus ou moins rigide selon la personnalité de chacun, la nature de la relation et la situation. Quelques aspects du soi intime tel que les expressions émotionnelles, les attitudes ou encore la communication non-verbale peuvent passer de notre soi intime vers l'extérieur de manière plus ou moins consciente.

Cette barrière entre l'intérieur et l'extérieur doit être modulable pour adapter nos interactions interpersonnelles. Elle dépend de l'interlocuteur et de ses possibles réactions. L'interprétation que l'on se fait des réactions de son interlocuteur émane des mécanismes intersubjectifs.

• **Les mécanismes intersubjectifs**

L'intersubjectivité est un concept apporté par le philosophe E. Kant. Il développe l'idée que les êtres humains sont des sujets dit « pensant » capable de prendre en considération la pensée d'autrui.

¹⁸ S. Tisseron définit l'extimité comme le désir de rendre visibles certains aspect de soi (opposé à l'intimité).

Cela se fait à travers différents mécanismes que nous allons voir maintenant : l'anticipation, les réactions de défense communicationnelles, l'interprétation et le feedback.

L'anticipation

L'anticipation est le fait d'évaluer ce qui peut être dit et de quelle manière, avant de l'exprimer. Cela se fait en fonction de la représentation que le sujet se fait de lui-même, de son interlocuteur, de leur relation, de la situation et des enjeux de la communication. Dans ce mécanisme, le sujet cherche à prévoir les réactions possibles de son interlocuteur. Cela dépend de l'expérience antérieure (si les interlocuteurs se connaissent), de la représentation que le sujet se fait de cet échange et de l'interlocuteur (cela peut inclure des éléments imaginaires et projectifs). Cette dernière est en rapport avec la représentation que le sujet se fait de lui-même. Par conséquent, L'anticipation prend aussi compte de ce que le sujet pense ou sait de lui-même, de ses réactions, de ses désirs ou de ses peurs. Cela amène le locuteur à adapter son discours.

Les mécanismes de défense

Dans un contexte communicationnel, les mécanismes de défense opèrent au sein d'une relation, et non dans le fonctionnement intrapsychique, à la différence du point de vue psychanalytique. Ils se manifestent dans l'expression du locuteur et dans son discours par différents éléments (Marc & Picard, 2015) :

- L'autocorrection : est la reprise volontaire de paroles que l'on vient d'annoncer, afin de les reformuler.
- L'euphémisation : minimiser un phénomène, un incident ou diminuer l'importance de quelque chose.
- La précaution : mesure prise pour éviter un risque, un danger éventuel.
- La suspension : consiste à mettre l'auditeur dans l'attente, afin de le tenir en haleine.
- L'ambiguïté : rendre équivoque quelque chose.

Dans chacun des cas, le locuteur adapte son propos, pour qu'il soit entendu de la meilleure des manières. Cela fait suite au calcul anticipatif. Le sujet anticipe la réaction de son interlocuteur et adapte la forme de son discours sans pour autant en modifier le fond. Ainsi, on peut voir que ses deux mécanismes sont liés.

Du côté de l'interlocuteur, les deux paramètres dominants sont l'interprétation et le feedback.

L'interprétation

« *Interpréter est le fait de donner à des propos, à un événement, à un acte telle signification, les comprendre en fonction de sa vision personnelle.* » (Larousse, www.larousse.fr, 2019)

Cette définition souligne le caractère subjectif de l'interprétation. En effet, l'interprétation qui est faite d'une situation ou d'une communication diffère d'une personne à l'autre. Elle se repose sur des mécanismes de déduction et de construction du sens du message grâce à des indices explicites ou implicites présent dans l'interaction. Ce processus se fait à partir d'un univers de représentations mais également à travers les motivations du sujet tel que ses désirs, ses peurs, ses attentes, ses intérêts... Le philosophe et sociologue Pierre Bourdieu rappelle les caractéristiques de l'interprétation :

« *Chaque récepteur contribue à produire le message qu'il perçoit et apprécie en y important tout ce qui fait son expérience singulière et collective* » (Bourdieu, 1982)

Le feedback

Dans une communication, les personnes réagissent sans cesse à ce qu'on est en train de leur dire. Que ce soit volontairement ou non, ils renvoient des indices de leur réaction. C'est ce que l'on nomme communément le feedback. Celui-ci peut s'exprimer verbalement ou non verbalement.

Comme nous l'avons vu précédemment, le locuteur ne saisit que partiellement ses propres comportements relationnels. Ainsi, le feedback de son partenaire agira comme un miroir où il pourra percevoir une partie de la signification de ses propres comportements. Il peut voir à travers l'autre, ce qu'il lui renvoi. Bien souvent, la réaction de l'interlocuteur, et donc son feedback, permet à la personne de distinguer la forme de son message.

C. L'intersubjectivité

Nous voyons à présent le caractère subjectif d'une relation. En plus d'être mobile, la relation peut être vécue différemment selon les personnes, en fonction de leur ressenti et de leurs expériences. La relation interpersonnelle est considérée comme la première phase de construction de la personnalité. Le psychanalyste britannique D. Winnicott¹⁹ indique que le regard d'une mère sur son bébé est le premier miroir de l'enfant. C'est à travers ce procédé qu'il prend conscience de lui-même pour la première fois. Cela souligne l'importance du regard d'autrui dans la constitution de notre propre image. Ce processus inconscient avait été mis en évidence plus tôt par S. Freud²⁰. Nous construisons tout au long de notre vie notre propre image de nous-même, et pour cela nous sommes en quête de lien affectif. Voilà le lien entre notre construction personnelle et nos rapports aux autres.

• La relation à l'objet

En psychiatrie, l'ergothérapeute utilise bien souvent l'objet comme médiateur. Le patient appréhende la matière (bois, terre, tissus...) et l'utilise pour extérioriser ses émotions, ses ressentis ou encore ses pulsions. Néanmoins, rappelons que la notion d'« objet », en psychanalyse, se rapporte à

¹⁹ D. Winnicott fut un pédopsychiatre et psychanalyste britannique (1896-1971)

²⁰ S. Freud fut un psychanalyste et neurologue de nationalité autrichienne (1856-1939).

tout ce qui est visé par une pulsion, un facteur d'attraction, d'amour ou de haine. Les caractéristiques de cette définition nous amène à penser que les personnes peuvent être considérées en tant qu'objet. Dans le livre *Dictionnaire de la psychanalyse*, les auteurs E. Roudinesco²¹ et M. Plon²², désigne la « relation d'objet » comme « les modalités fantasmatiques de la relation du sujet au monde extérieur » (Roudinesco & Plon, 2017). Ce que veulent nous dire ici les auteurs c'est que les personnes avec qui nous entrons en relation sont un moyen de satisfaire nos pulsions, nos envies, nos désirs d'un point de vue fantasmatique²³.

La relation d'objet, et donc ici la relation à l'autre, est également marquée par des mécanismes de défense. Ceux-ci, construits par le Moi, tendent à protéger l'individu de ses relations aux autres. Parmi ces mécanismes nous retrouvons :

- La projection : on attribue à autrui des sentiments ou des désirs que l'on ne peut pas admettre comme sien.
- L'introjection : c'est l'inverse de la projection. Cela consiste à s'attribuer fantasmatiquement des qualités ou des défauts de son entourage.
- L'intériorisation : se rapproche de l'introjection. C'est le fait d'intérioriser des traits de caractères d'une autre personne.

La psychanalyse nous dit d'une part que le psychisme se construit par l'intériorisation de nos relations (rapport à la petite enfance), mais que d'autre part nous projetons dans nos relations actuelles une partie de nos précédentes relations. Ainsi, nous voyons la complexité des relations affectives qui sont en perpétuelle évolution.

• Perception de soi et relation à autrui

Comme nous l'avons vu précédemment, l'interaction avec autrui constitue notre conscience de soi et la perception de notre identité. C'est ce que D. Winnicott explique lorsqu'il parle du regard de la mère sur son enfant. C'est la communication qui est antérieure à la conscience et non l'inverse. Ainsi, l'intersubjectivité ne se rapporte pas uniquement à la communication. Elle permet aussi à chaque individu de construire sa propre personnalité, sa propre conscience.

Le psychiatre R. Laing²⁴ souligne une différence entre le rapport à soi et le rapport aux autres. Autrui perçoit les comportements du sujet mais n'accède pas à son expérience subjective. A contrario, le sujet est en contact avec son expérience subjective mais ne distingue pas son comportement comme

²¹ E. Roudinesco est une universitaire, historienne et psychanalyste française.

²² M. Plon est un psychanalyste français, directeur de recherches au CNRS.

²³ Relatif au fantasme qui est une représentation imaginaire traduisant des désirs plus ou moins conscients.

²⁴ R. Laing fut un psychiatre d'origine écossaise (1927-1989)

autrui peut les voir. Il y a une sorte de barrière présente entre autrui et les expériences subjectives. Ces dernières sont très difficiles à communiquer.

L'expérience que chacun a du comportement de l'autre, permet d'attribuer telle ou telle signification à ses comportements. Cette interaction définit l'intersubjectivité (nous associons des significations du comportement d'une personne en fonction de notre propre expérience). R. Laing aborde deux notions pour comprendre la nature des relations humaines :

- « La confirmation » : à travers le regard de l'autre on veut la confirmation de certaines caractéristiques que l'on s'auto-attribue.
- « La complémentarité » : on cherche un rapport complémentaire avec autrui (ex : professeur/élève, parent/enfant, soigné/soignant...)

Toutes deux montrent à quel point le regard d'autrui est important dans une relation. L'une pour percevoir qui l'on est, l'autre pour établir un certain équilibre.

Ainsi, le comportement et l'expérience dont nous venons de parler permettent d'obtenir des informations sur soi et sur autrui. C'est ce que R. Laing souligne. Mais d'autres psychologues se sont intéressés aux capacités de chacun à se mettre plus au moins « à la place » d'une autre personne, afin de ressentir son expérience subjective. C'est ce que C. Roger nomme l'« empathie ». Nous ne pouvons pas nous mettre complètement à la place de quelqu'un mais nous pouvons percevoir ses émotions ou ses ressentis (par exemple lorsque l'on voit un ami pleurer, nous percevons sa tristesse et sa peine).

Cet aspect est difficilement accessible aux personnes atteintes de schizophrénie. Cela représente un obstacle de plus pour adapter leur comportement à la situation. C'est ce que j'ai déjà eu l'occasion de travailler au cours de mes stages à travers un jeu sur les réhabilitations sociales mise en place par l'ergothérapeute ou des mises en scène de l'activité quotidienne.

A travers ce chapitre nous avons vu toute la complexité des relations sociales, la manière dont elles se construisent, ce dont elles se nourrissent, ses enjeux et ses limites. Tant de points qu'il est difficile de percevoir et d'appliquer pour une personne atteinte de schizophrénie. C'est pourquoi il est judicieux de travailler cela auprès de ces personnes qui ont fortement tendance à s'isoler et à laisser peu à peu tomber toute interaction avec autrui. Demandons-nous alors, de quelle manière nous est-il possible de travailler cela avec des personnes atteintes de schizophrénie ?

III- Le jeu théâtral comme médiation ergothérapeutique en psychiatrie

A. Le groupe et sa dynamique

Le groupe désigne un ensemble de personnes pouvant être plus ou moins grand. Il existe de nombreux groupes humains étudiés en psychologie sociale, c'est pour cela que sa définition peut difficilement être plus précise. Cependant dans la plus part des groupes, nous pouvons observer une cohésion affective entre ses membres dont les conduites et les attitudes de chacun dépendent de leur environnement et d'autrui. Ses membres expriment des sentiments d'appartenance et d'attachement au groupe. Tout d'abord, nous allons analyser ce dernier selon deux points de vue : sociologique et psychologique.

- **Approche sociologique**

Afin de définir le groupe de l'atelier théâtral d'un point de vue sociologique, je m'appuie sur la classification faite dans l'ouvrage de D. Anzieu et J.Y. Martin ci-dessous (La dynamique des groupes restreints, 2013) :

| | Structuration (degré d'organisation interne et différenciation des rôles) | Durée | Nombre d'individus | Relation entre les individus | Effet sur les croyances et les normes | Conscience des buts | Actions communes |
|--|--|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------|---|
| Foule | Très faible | Quelques minutes à quelques jours | Grand | Contagion des émotions | Irruption des croyances latentes | Faible | Apathie ou action paroxystiques |
| Bande | Faible | Quelques heures à quelques mois | Petit | Recherche du semblable | Renforcement | Moyenne | Spontanées mais peu importante pour le groupe |
| Groupement | Moyenne | Plusieurs semaines à plusieurs mois | Petit, moyen ou grand | Relation humaines superficielles | Maintien | Faible à moyenne | Résistance passive ou actions limitées |
| Groupe primaire ou restreint | Elevée | Trois jours à dix ans | Petit | Relations humaines riches | Changement | Elevée | Importantes spontanées voir novatrices |
| Groupe secondaire ou organisation | Très élevée | Plusieurs mois à plusieurs décennies | Moyen ou grand | Relations fonctionnelles | Induction par pressions | Faible à élevée | Importantes habituelles et planifiées |

Tableau 2 : classification des groupes humains selon Anzieu et Martin

Ce tableau classe les différentes catégories de groupe selon différents critères : leur structuration, la durée du regroupement, le nombre d'individus, leurs relations, les effets sur les croyances et les normes, leurs buts et les actions communes. Le groupe formé pour la médiation théâtre, au vue de cette classification pourrait s'apparenter au « groupe primaire ou restreint ».

En effet, lors de ma pré-enquête, j'ai pu observer des ateliers d'improvisation au sein d'un CATTP, où l'organisation du groupe était importante et réfléchie. Même si l'atelier laisse une grande liberté d'interprétation, chacun adopte un rôle bien défini que ce soit entre la scène et le public ou sur la scène. De plus, la durée de participation est très variable et dépend avant tout du patient. Les groupes au CATTP étant semi-ouvert, les patients peuvent intégrer et quitter le groupe à condition que cela soit convenu préalablement. Aussi, dans le groupe restreint, les relations humaines sont dites « riches » aux vues des échanges qui s'y opèrent et l'effet de groupe générateur de changement pour chacun.

- **Approche psychologique**

Durant la première moitié du XX^{ème} siècle, le psychologue K. Lewin²⁵ s'est intéressé aux interactions présentes dans le groupe et à leurs effets sur celui-ci. Il affirme alors deux théories : les champs des forces et la recherche d'équilibre.

Comme nous l'avons vu précédemment, les membres du groupe ressentent un intérêt commun, nécessaire pour chacun d'entre eux. Cette « force » unissant chacun des membres les rend plus à même d'accepter le changement. Cela peut être dû à des informations externes au groupe comme internes. Grace aux expériences qu'a menées Lewin, il a pu mettre en évidence le lien existant entre chaque individu lorsqu'il s'agissait de changement. Si une personne du groupe est convaincue du changement et évolue, alors les autres membres accepteront plus facilement le changement et oseront davantage. Cette dynamique de groupe est recherchée dans l'atelier théâtre. Lorsque les patients voient l'évolution d'un autre et l'engagement qu'il met dans cette médiation, cela les encourage dans leur participation et leur disposition au changement. Ces forces observables entre les différents membres d'un groupe sont régies par la recherche d'équilibre. Nous avons déjà évoqué cette notion dans la partie sur les relations sociales. Rappelons simplement que les individus interagissent dans un système d'équilibre. Si une information, une décision ou un événement vient au groupe, alors il ou elle ne sera acceptée que si l'équilibre du champ psychologique du groupe est préservée. Ainsi, K. Lewin s'est intéressé aux différents « climats » dans un groupe pour identifier celui qui convient (Barrier, 2016). Trois « climats » se dégagent de ses expériences :

²⁵ K. Lewin fut un psychologue américain, d'origine allemande (1890-1947)

| | Groupe autocratique | Groupe démocratique | Groupe laissez faire |
|--|---|--|--|
| Détermination des objectifs d'activités | Le responsable fixe les objectifs et l'organisation des activités | Discussion sur le mode d'action | Pas d'orientation définie |
| Mode de décision et de contrôle | Le responsable décide et contrôle | Décisions prises en commun | Pas de contrôle |
| Productions, résultats | Production moyenne, peu d'implication | Bonne, prise en charge de l'activité, responsabilisation | Faible, peu d'implication |
| Climats, relations | Tensions, agressivité, découragement | Satisfaction élevée, coopération | Agressivité, sentiment d'échec, de frustration |

Tableau 3: l'expérience des trois climats de Lewin, Lippitt et White

La médiation théâtrale vise à développer les interactions entre les personnes du groupe. L'implication et la coopération de chacun y est requis. Les objectifs, les moyens et la répartition des rôles sont définis ensemble. Pour l'atelier théâtre il est donc recommandé d'établir un groupe dit « *démocratique* ».

Les travaux de Lewin, montrent qu'il est plus facile de changer les habitudes d'un groupe d'individus que séparément. Pour obtenir un changement, il faut réduire les résistances au changement plutôt qu'augmenter les pressions externes. Cela se fait petit à petit. Dès lors qu'un individu entamera un changement, les autres membres du groupe seront disposés à le suivre. L'évolution du groupe, les interactions et la relation avec l'extérieur, sera supervisé par l'ergothérapeute et le cadre qu'il instaure. Il est à noter que nous ne devons pas voir le groupe comme une somme d'individu mais comme un système d'interdépendance étant à l'origine de la dynamique de groupe.

• **La dynamique de groupe**

Ce que nous appelons dynamique de groupe correspond aux influences que chacun des membres d'un groupe ont les uns sur les autres. Elle est conduite selon les forces et l'équilibre du groupe que nous avons abordé précédemment (Jean-Augustin, 2003). Pour une bonne dynamique de groupe, motrice, tirant chacun vers le haut, il faut tout d'abord distinguer un objectif commun. Pour l'atelier d'improvisation, les patients ont par exemple pour objectif de jouer une scène commune. Cette scène est un moyen pour les patients d'établir une relation. Derrière cette objectif, chacun travail sur leur propre problématique. Pour certains ce sera de reprendre confiance en soi par exemple, tandis que pour une personne atteinte de schizophrénie ce sera de s'extirper de son monde intérieur pour entrer en relation avec autrui. Ainsi l'ergothérapeute travail avec le patient sur l'aspect cognitif (capacité à suivre une consigne, à établir et entretenir une relation...) et le contact avec son environnement (conscience de l'espace, élément délirant...). Aussi, il permet d'établir un cadre fondamental pour instaurer un « *savoir-vivre* » nécessaire à une bonne dynamique de groupe. En effet, les personnes présentent dans cet atelier n'ont pas toutes les mêmes pathologies, ni les mêmes capacités. Pour autant leurs différences doivent être perçues comme complémentaires, menant à de l'entraide et de la solidarité au sein du groupe.

B. Le théâtre

- **Historique**

Le mot « *théâtre* » signifie à la fois le lieu où se donnent des spectacles, la scène où se jouent des acteurs et l'art du théâtre, dans son exercice ou sa composition. Sa racine grecque « *theatron* » désigne l'enceinte de gradins en pierre où se plaçaient les spectateurs. Le théâtre nécessite l'apprentissage d'un texte, de l'entraînement, un espace pour la scène, pour les spectateurs, parfois pour un orchestre ou des chœurs, et met en jeu des acteurs regardés par un public (Larousse, Histoire du théâtre, 2019).

Le théâtre est un spectacle, né dans l'Antiquité Gréco-romaine dans un cadre à la fois civique et religieux. Il est le temps, l'espace et le lieu où tout peut exister, où les phénomènes les plus extraordinaires peuvent se produire. Mais il est aussi préconisé en médecine pour agir sur les causes psychologiques de la schizophrénie. En effet de par mon expérience et mes recherches je constate que les personnes atteintes de cette maladie s'isolent, se replient sur elles-mêmes et s'enferment dans un imaginaire qui devient leur réalité. En faisant la distinction entre le réel et l'imaginaire, le théâtre amène la personne à échapper un instant à sa réalité pour accepter l'imaginaire. C'est un lieu où le patient peut se décharger d'une accumulation de tensions personnelles et affectives, dédramatiser ses conflits, exprimer ses fantasmes. Cela dans un contexte et un cadre précis où le passage à l'acte pulsionnel se crée dans une représentation symbolique de manière consciente et maîtrisée. « *On fait comme si, on ment pour dire vrai, on joue, mais dans un jeu qui dit le je* ». (Minet, 2006)

- **Les différents usages de l'expression théâtrale dans la thérapie**

Le théâtre utilisé comme thérapie naît en 1921, lorsque le Dr Moreno demande à ses patients d'improviser des événements qui leurs sont déjà arrivés et dans lesquels ils se sont sentis en difficultés. Jouer des scènes qui ont été problématiques dans la vie du patient se fera nommer le « *psychodrame* ». Plus tard, dans les années 60, le metteur en scène E. Dars et le psychiatre J.C. Benoit créés l'« *Expression Scénique Dirigée* ». A la différence du psychodrame, le but n'est pas de faire renaître les causes profondes des troubles psychologiques, mais de retrouver une conduite sociale adaptée. Ce réapprentissage se fait à travers la littérature théâtrale. Le thérapeute connaissant les difficultés et les « problèmes » du patient, va le diriger de manière à ce qu'il les découvre de lui-même. « *Il s'agit en quelque sorte d'une prise de conscience dirigée vers la connaissance de la connaissance du thérapeute.* » (Minet, 2006)

L'atelier théâtral reflète divers mouvements de la vie, que ce soit au niveau des émotions ou dans les relations envers les autres. Par exemple un patient pourrait ressentir une crainte avant de participer, prendre des initiatives et s'adapter aux autres une fois sur scène, puis la quitter en étant fier

de lui, non sans une certaine joie. Ainsi, il est important de ne pas prendre en compte uniquement le jeu scénique mais tout ce qu'il s'y joue autour. Les émotions et les échanges qui s'animent dans cet atelier sont d'ordinaire difficilement accessibles pour des personnes atteintes de schizophrénie.

L'apport du théâtre comme une thérapie est rappelé par le poète et psychanalyste d'origine mauricienne J. Fanchette dans les années 1950 :

« Le théâtre thérapeutique permet au sujet de jouer ses propres rôles, rôles actuels ou virtuels que la vie ne lui permet pas (plus) d'assumer. Il invite à la compréhension intra-humaine par l'interprétation des personnages qui sont autres que soi, même s'ils peuvent faire partie intégrante de notre monde intérieur, faisant sortir le sujet de son univers clos pour rencontrer celui d'autrui, signe d'un sentiment salutaire d'une commune appartenance. » (Fanchette, 1977)

La théâtrothérapie est un modèle psychothérapeutique visant au développement personnel harmonieux et épanouissant de la personne. Son principal objectif est d'amener un changement ou un aménagement intrapsychique chez le patient. Dans le cas d'une personne atteinte de schizophrénie, cela serait de la faire émerger de son enfermement psychique pour renouer un contact avec son environnement. Bien sûr, il ne s'agit pas là de la rendre « conforme » à la norme, puisqu'il faudrait déjà convenir de ce qu'est la norme, mais de la rendre « conforme » à elle-même.

Il est difficile pour des personnes atteintes de schizophrénie de s'extraire de leur univers intérieur et onirique. Ainsi, cette médiation tend à ouvrir les personnes vers l'extérieur et sollicite les échanges, que ce soit de manière verbale ou non-verbale. C'est un espace libre où de nombreuses situations, actions et réactions peuvent être jouées. Là est l'importance d'avoir un cadre. Celui-ci permet de délimiter le jeu dans le temps et dans l'espace. L'apport du théâtre pour les personnes atteintes de maladies psychotiques, comme la schizophrénie, est rappelée par la psychanalyste P. Attigui : *« les patients psychotiques qui parvenaient à s'inscrire dans ce champs de jeu, s'ouvraient dans un même temps au champs social. [...] en prenant la parole sur scène, le psychotique se réapproprie un processus de pensée vivante. Il n'est plus le théâtre d'une action qui viserait son anéantissement, il devient l'acteur qui désormais peut s'en défendre. Il possède des idées parce qu'il rentre dans son corps. »* (Attigui, 1993)

C. L'improvisation théâtrale comme thérapie en ergothérapie pour des personnes atteintes de schizophrénie

- **Le théâtre thérapeutique pour des personnes atteintes de schizophrénie**

Le théâtre est un outil de réflexion, d'action et de changement. Il met en action l'homme en explorant toutes ses capacités, physique et psychique, et en utilisant ses sens pour communiquer avec autrui. Il est le prétexte d'une dynamique d'adaptation ou d'une réadaptation sociale et communautaire.

Le psychanalyste, G. Gaillard écrit que « *le psychotique n'ayant pas appris à jouer un rôle, ne peut accepter par la suite de jouer ceux que la société lui propose... et ne peut accéder au symbolique et à l'ordre social* ».

Au théâtre, l'acteur joue un personnage, il représente quelqu'un d'autre. Il emploie ses propres ressources pour soutenir l'interprétation du personnage en fonction de la structure du cadre théâtral. Cette dynamique se déroule en contexte de groupe et le jeu se produit devant un public. Le patient construit un personnage, il l'anime en s'inspirant de ce qui est actif ou latent en lui. En cela, le jeu scénique est un outil thérapeutique à la portée de l'ergothérapeute qui tend à réhabiliter le patient atteint de schizophrénie dans son environnement et à interagir avec lui.

Sur le plan social, l'acteur entretient des relations multiples avec les autres acteurs, son personnage, avec les autres personnages, mais aussi avec le metteur en scène et le public. Son rôle contient des caractéristiques de figures ou de comportements sociaux.

Aussi le clinicien théâtre-thérapeute, S.J. Minet en nous parlant de son expérience théâtrale nous explique la réalité du terrain (Minet, 2006). Dans une institution qui prend en main le patient, ce dernier n'a que peu de prise sur les événements et les décisions le concernant. Ainsi, conforme à la psychothérapie institutionnelle, le théâtre est un lieu d'échange et de rencontre, où le patient a des responsabilités et prend des initiatives. « *Il peut décider, refuser, contester ou adhérer.* » cela le renoue avec l'extérieur. En participant, il est reconnu par les autres membres et cela le fait exister au sein d'un groupe.

Si le théâtre peut soigner, aider l'individu à exprimer quelque chose de soi, il peut aussi guérir des blessures internes, réconcilier, catharsier... tant d'aspect dont l'institution doit être vigilante. Ce lieu permet au patient d'exprimer et de vivre de nombreuses choses qu'il convient d'écouter et d'en tenir compte. Le théâtre, pour les patients, est donc un espace d'expression du vécu. Chacun des membres est libre de l'utiliser pour exprimer, traduire, à travers le jeu, une pensée, un état d'âme difficilement dicible en dehors de ce contexte, face à autrui (Tournesol & Laridan, 1999). « *Le théâtre répercute le cri d'une souffrance et d'une espérance désespérée* ». La mission de l'ergothérapeute est de laisser au patient cette opportunité de s'exprimer et de réapproverser son environnement et son corps.

S.J. minet nous parle dans son livre de son expérience en milieu carcéral où il anima un atelier théâtre dit « *thérapeutique* ». Il précise que cette activité accorde au détenu un « *temps d'évasion* » qui lui permet de sortir des « *murs de sa cellule* » et d'exister dans une autre réalité. Nous pouvons rapporter cela à la « *cellule* » psychique dans lequel la personne atteinte de schizophrénie s'enferme malgré elle.

« *L'insertion sociale nécessite un réajustement de la personne et une intégration progressive à la vie sociale. L'isolement du [patient], le retrait de la dynamique communautaire, l'absence de formation, la*

solitude culturelle, l'absence de responsabilité, déterminent l'inadéquation d'un reclassement social».
(Minet, 2006)

Monsieur Minet souligne ici tant d'aspect qui sont difficile pour un patient souffrant de schizophrénie et qui peuvent être travaillés en atelier théâtre. En effet, l'approche sociale du théâtre permet le développement de projets personnels à travers des choix autonomes, critiques et responsables. Il permet au patient de contribuer au développement d'un groupe et à exister au sein de celui-ci. Pour cela, il s'appuie sur la solidarité entre les membres du groupe, favorise la participation de chacun en l'inscrivant dans une réalité et un travail (jeu) commun. Aussi, il accorde au patient un lieu où il lui est possible de déposer ce qu'il veut, de mettre à distance ses conflits, de partager avec d'autres un goût de l'activité, de reprendre confiance en soi et de consolider son identité.

Le jeu théâtral stimule un changement dans les habiletés sociales d'une personne atteinte de schizophrénie. L'action, la mise en jeu, favorise le développement et l'adaptation du moi dont les conséquences s'observent dans les capacités d'exécution de l'individu. L'activité théâtrale s'avère profitable en soi pour la stimulation et la transformation de l'acteur, sur les bases d'une expérience de métamorphose dans un contexte ludique défini et protégé par une structure fiable. Sa dimension ludique favoriserait le développement des habiletés sociales.

• **Le jeu de l'improvisation théâtrale et la place de l'ergothérapeute**

Pour le psychiatre et auteur dramatique, J.P. Klein, en fait en psychiatrie, l'improvisation ne s'improvise pas. L'improvisation du patient se crée sur un fond d'expérience personnelle qu'il modélise de la manière dont il veut pour l'exprimer sur scène (Klein J.-P.). Freud disait « *il ne faut pas s'attendre à ce que l'improvisation tombe du ciel, un certains entraînement est nécessaire* ». En effet, l'improvisation ne se construit pas « n'importe comment » et n'aboutit pas à « n'importe quoi ». Pour ce faire, le patient doit prendre en compte ses intuitions et se faire confiance.

Aussi, pour que l'improvisation soit authentique et pas travaillée en amont, il est nécessaire pour le patient de jouer avec une contrainte, comme une structure et des règles du jeu. Pour cela, l'ergothérapeute bâtit un cadre, inscrivant la personne dans le temps, l'espace, la périodicité, le support et le type de langage. En effet, tous ces éléments seront des points d'appuis avec lesquels le patient peut travailler et créer une improvisation sans forcément avoir préalablement pensé à un thème, une situation ou un personnage.

En participant à l'atelier, il faut avoir en tête que l'erreur et l'absence d'inspiration ne sont pas grave. K. Johnstone²⁶ disait : « *Lorsque tu excelles et que tu es inspiré, prend le comme un cadeau venu*

²⁶ K. Johnstone est une figure mondialement reconnue en improvisation théâtrale.

d'ailleurs plutôt que te congratuler. Lorsque tu échoues, c'est pareil, tu n'y es pour rien. Inutile de t'en prendre à toi-même » (Johnstone, 2013). L'improvisation peut faire peur à certains patients, que ce soit au niveau du groupe ou de l'estimation de leurs propres capacités. Il est donc important avant même de commencer l'atelier de leur rappeler le cadre et le non-jugement, mais aussi de présenter le groupe comme une « force » et non pas un obstacle. Par exemple, si un patient a une panne d'inspiration dans un jeu à plusieurs, il sait qu'il peut se reposer sur les autres membres. Cette approche permettra d'amorcer les interactions entre eux d'une meilleure manière.

Lorsque l'on se retrouve sur scène, il y a deux manières de démarrer l'improvisation : l'engagement et l'observation. Dans le premier cas, l'idée de l'acteur s'installe d'emblée. Il lui donne corps dans les premières secondes et les autres acteurs peuvent se greffer ou non à son idée. Dans le second, l'acteur attend et observe ce que fait (font) son (ses) partenaire(s) de jeu, puis s'engagera ou non avec le jeu des autres. L'improvisation se base sur les interactions qui s'opèrent sur scène et les réactions que celles-ci font naître. C'est donc l'interaction entre les partenaires qui est recherché dans cette activité. Comme nous l'avons vu précédemment, cela est un des points que les personnes atteintes de schizophrénie ont du mal à réaliser, l'interaction avec autrui. En effet, les identités des personnages dans l'improvisation théâtrale ne peuvent se constituer que par l'évolution du dialogue, les échanges entre chacun. Aussi l'improvisation demande à l'acteur de se placer dans l'espace, de nouer son idée avec son corps pour pouvoir l'exprimer à l'autre.

Notons également l'importance du langage dans l'improvisation. On peut partir, en effet, sans situation, sans personnages, sans rien, à condition que les points d'appui sur lesquels on doit travailler qui sont le langage l'espace, le mouvement, soient suffisamment formulés et clairement formulés pour qu'ils puissent générer une création. Le mouvement signifie l'espace dans des relations et ce sont ces relations qui vont déterminer où cela se passe et comment cela peut se passer entre les personnages dans un espace vide. Possibilité d'aller vers l'aventure, dont on ignore absolument l'itinéraire et c'est dans ce « lâché prise » que nous retrouvons quelque chose de toute à fait intéressant chez les personnes psychotiques, et dans notre cas celles atteintes de schizophrénie.

L'atelier d'improvisation développe les capacités de jeu, d'écoute, d'observation d'esprit à propos. C'est un lieu d'expérimentation où le jugement intra et inter personnel est à exclure. Sans cela, les personnes de l'atelier ne pourraient oser se mettre en scène pleinement. L'improvisation demande une agilité mentale certaine dont la pratique régulière est nécessaire. En plus de favoriser les interactions entre les personnes, il leur permet d'échapper un instant à leurs soucis quotidiens. Aussi, l'intérêt de faire des ateliers d'improvisation à plusieurs est que le patient peut se reposer, s'inspirer de son partenaire de jeu, à condition qu'ils prennent en compte sa présence et son jeu. Même s'il on ignore où l'improvisation mènera, c'est l'interaction qu'elle engendre et le chemin que prend chacun qui est tout à fait intéressant.

L'objectif est aussi que la personne réapproprie leurs « sens ». Ici, on entend ce terme dans le registre de la sensorialité, de la sensibilité, de la sensitivité, voire de la sensiblerie. Le philosophe Français, H. Maldiney, voit un autre aspect de la thérapie se trouvant dans le théâtre :

« Le psychotique n'a pas de moment critique. Il en a eu un, qui a déterminé sa psychose et depuis, il ne cesse de le répéter. La question, c'est de faire surgir un moment critique réel, autre, qui ne soit pas la répétition du premier » (Klein J.-P.)

Dans la thérapie, il faut savoir se montrer comme disponible auprès des patients, être contenant et sentir suffisamment de lien pour rendre possible ces surgissements. Pour cela l'ergothérapeute s'appuie sur le cadre qu'il dispose pour créer une atmosphère bienveillante et établir ce lien. Cependant, il doit aussi être vigilant à ce que cela ne provoque pas chez le patient une relation de dépendance toxicomaniaque (Attigui-Pinaud, 1991). Le but n'est pas qu'il devienne dépendant de cette relation mais qu'il puisse extérioriser et créer du lien, avec son environnement.

Dans cet atelier, l'ergothérapeute a un rôle de thérapeute et de supervision de l'activité. Son regard professionnel lui permet d'observer l'évolution des patients, de solliciter ceux qui restent en retrait, d'être attentif aux scènes qui sont jouées dans l'atelier. D'un point de vue professionnel, l'ergothérapeute a la capacité d'identifier ce que le patient propose et dépose au groupe théâtre, que ce soit des événements de son passé, des éléments délirants ou associés à sa pathologie. Aussi, il peut se servir de ce que le patient dépose à l'atelier pour le travailler avec lui plus en profondeur et/ou encadrer le patient délirant dans l'environnement qui l'entoure. C'est ce qui se joue avec des personnes atteintes de schizophrénie.

Enfin, cette partie conceptuelle nous montre que les personnes atteintes de schizophrénie tendent vers un repli social en raison de leur maladie. Ce qui conduit la personne à se couper de toutes relations sociales et à s'enfermer dans son intérieur psychique. La communication et les interactions, comme nous l'avons vu se construisent de manière très complexe. Chez les personnes atteintes de schizophrénie elles deviennent alors de plus en plus indéchiffrables. Cela rend davantage difficile la relation à l'autre. Auprès de cette population, l'ergothérapeute a pour rôle notamment de faire renouer la personne atteinte de schizophrénie avec son environnement social. Pour cela, il va utiliser des médiations faisant le lien entre la réalité du patient et la réalité commune. Ici, nous avons vu que l'improvisation théâtrale sollicite de manière conséquente les interactions sociales. De ce fait, il est utilisé dans certaines structures de santé mentale. C'est pourquoi des ergothérapeutes s'en saisissent pour stimuler et favoriser les relations sociales chez des personnes présentant cette pathologie. Cependant, il convient alors de nous demander de quelle manière les ergothérapeutes utilisent cette médiation avec des personnes atteintes de schizophrénie ? Afin de répondre à cette question, une enquête a été réalisée et fait suite à cette première partie.

Partie Expérimentale

Suite à ma partie théorique qui m'a demandé de nombreuses recherches sur mon sujet, j'ai réfléchi aux moyens qui m'étaient possible de mettre en place afin de valider ou de réfuter mon hypothèse.

Pour rappel, elle vise à montrer que l'ergothérapeute peut utiliser l'improvisation théâtrale pour favoriser les interactions sociales interpersonnelles des personnes atteintes de schizophrénie, en mettant en scène des situations de la vie quotidienne.

Cette seconde partie présentera l'enquête réalisée. Je commencerais par définir mes objectifs, ma population cible puis l'outil choisi pour mener cette dernière. Je présenterais ensuite les résultats de cette enquête, ainsi que leurs analyses. Enfin, cette enquête sera discutée, exposant ses limites et ses intérêts.

I- Objectifs d'enquête

Pour l'élaboration de mon enquête, il m'a fallu définir des objectifs afin de la construire en fonction des éléments essentiels pouvant aider à valider ou non mon hypothèse. Mon enquête cherche donc à :

- ✓ Identifier les objectifs des ergothérapeutes utilisant la médiation théâtrale.
- ✓ Identifier l'impact de l'improvisation théâtrale sur les interactions interpersonnelles des personnes schizophrènes au sein de leur environnement.
- ✓ Avoir un retour d'expériences des ergothérapeutes sur l'intérêt de cette médiation.

II- Méthodologie d'enquête

• Population

Critères d'inclusion

Les personnes adultes interrogées sont des ergothérapeutes travaillant actuellement en milieu psychiatrique. La structure de soin où ils exercent leur profession ne fait pas partie des critères, à

condition qu'elle fasse partie de la santé mentale. Leur prise en charge doit contenir un atelier théâtre où le jeu d'improvisation est utilisé. L'atelier doit être animé par l'ergothérapeute et indiqué pour des personnes atteintes de schizophrénie. Le sexe, l'âge et les années de pratiques des ergothérapeutes ne rentrent pas dans mes critères d'inclusion, au même titre que leur localisation géographique.

Critère d'exclusion

Les ergothérapeutes n'ayant pas exercés d'ateliers d'improvisation auprès de personnes atteintes de schizophrénie ne seront pas inclus dans mon enquête.

• Outil d'investigation

Choix de l'outil

L'enquête par entretien est utilisée pour l'étude des groupes restreint (Blanchet & Gotman, 2007). Cet outil se sert de la parole pour mettre en évidence des faits particuliers. L'objectif n'est pas seulement de décrire, mais de faire parler la personne sur un sujet, le but étant d'avoir accès à des « *idées incarnées et non préfabriquées* » (Blanchet & Gotman, 2007). En effet, pour mon enquête je cherche à ce que les ergothérapeutes qui utilise l'improvisation théâtrale comme une médiation, auprès de personnes atteintes de schizophrénies, racontent leurs expériences professionnelles lors de cette prise en charge, et notamment sur l'impact des relations sociales interpersonnelles. Comme le soulignent Van Campenhoudt et Quivy, l'entretien permet un véritable échange où l'individu exprime ses ressentis d'un évènement ou d'une situation, ses interprétations et ses expériences (Manuel de recherche en sciences sociales, 2011). L'entretien semi-directif permet d'avoir davantage d'informations sur les séances réalisées par les ergothérapeutes et la manière dont ils les vivent.

Ce type d'entretien permet à la fois d'avoir un échange directif puisque les thèmes seront préparés et l'interviewer pourra réorienter l'entretien en cas de besoin. Mais également non-directif car, à l'intérieur des thèmes, la personne interrogée sera libre de s'exprimer. L'entretien favorise donc une liberté de parole et une meilleure représentation de la situation (De Ketele & Roegiers, 2009).

Pour réaliser mes entretiens, je suis passé par un mode d'accès direct, c'est-à-dire que j'ai contacté directement des ergothérapeutes rentrant dans mes critères d'inclusion. Ainsi, j'ai pu réaliser quatre entretiens qui m'ont servis à élaborer cette partie expérimentale.

Construction de l'outil

Pour créer mon entretien, j'ai préparé un guide contenant plusieurs questions réparties en six thèmes différents. En confrontant ces données à mon hypothèse, ces questions auront pour but de valider ou d'invalidier cette dernière.

Ces entretiens sont donc divisés en six thèmes. Le premier thème concerne des généralités, l'ergothérapeute se présente, explique son cursus et le lieu où il travaille. Ensuite, l'ergothérapeute est amené à nous expliquer la forme de son groupe théâtre et l'intérêt qu'il y voyait. S'en suit du déroulement de la séance. Dans ce thème, l'ergothérapeute explique en détail les différentes étapes qui constituent l'atelier. Suite à cela, j'amène l'interrogé à nous expliquer son rôle au sein de l'atelier d'improvisation en tant qu'ergothérapeute. Dans le thème suivant je questionne l'ergothérapeute sur les éventuelles évolutions observées chez les personnes atteintes de schizophrénie ayant participé à cet atelier. Pour finir, à la fin de l'entretien, je demande aux ergothérapeutes s'ils ont constaté des limites quant à l'utilisation de l'improvisation théâtrale comme médiation thérapeutique.

Pour vérifier la compréhension de mon outil je l'ai fait lire à plusieurs étudiants en ergothérapie et l'ai fait passer à l'un d'eux qui a déjà réalisé un stage en psychiatrie où cette médiation était utilisée. Les questions et les notions abordées leurs semblaient claires et compréhensibles.

Lorsque j'ai passé mes entretiens, je commençais par expliquer, à la personne concernée, le sujet de ma recherche et les modalités de l'échange. En effet, je l'informais que l'entretien allait durer environ trente minutes et serait enregistré si elle me l'autorisait. Je lui précisais qu'il était question d'un échange où aucune réponse n'était obligatoire et qu'elle devait se sentir libre de s'exprimer. Cette brève explication permet de faciliter la relation de confiance, nécessaire pour que la personne soit à l'aise et se livre (Van Campenhoudt & Quivy, 2011).

III- Présentation des Résultats et Analyse

Pour mon enquête expérimentale, j'ai élaboré et conduit des entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie et utilisant l'improvisation théâtrale comme médiation. Cette partie est dédiée à la présentation et l'analyse des résultats récoltés pour cette enquête.

Tout d'abord, il est important de noter que pour cette enquête j'ai pu réaliser quatre entretiens que je vais vous présenter selon cinq thèmes (l'un d'eux se trouve en annexe) : la présentation générale des ergothérapeutes interrogés, le groupe théâtre, le déroulement de la séance, le rôle de l'ergothérapeute, l'impact observé sur les personnes atteintes de schizophrénie et enfin les limites de l'improvisation théâtrale.

A. Présentation générale des ergothérapeutes interrogés

Quatre ergothérapeutes ont accepté de réaliser des entretiens. Pour des raisons d'anonymat, ils seront nommés E1, E2, E3 et E4.

Le graphique suivant présente les ergothérapeutes interrogés :

| | E1 | E2 | E3 | E4 |
|--|--|----------------|-------------------|--|
| Nombre d'années exercées en tant qu'ergothérapeute | 26 | 25 | 3 | 12 |
| Type de structure dans laquelle elle exerce actuellement l'atelier théâtre | CHU ²⁷ (intra/extra-hospitalier) | Hôpital public | Intra-hospitalier | CMP ²⁸ -CATTP ²⁹ |
| Nombre d'années qu'elle travaille dans la structure | 25 | 25 | 3 | 10 |
| Formation personnelle au théâtre | Oui (CEMEA) | Non | Non | Non |

Tableau 4 : présentation des ergothérapeutes interrogés

Comme présenté dans le tableau ci-dessus, quatre ergothérapeutes ont participé à mon enquête. Deux d'entre eux ont plus de vingt ans d'expérience, un en a douze et le un autre moins de cinq. Tous travaillent en santé mentale mais dans des structures différentes.

B. Le groupe théâtre

• Présentation des résultats

Afin de comprendre au mieux ce qui se joue à l'atelier théâtre, j'ai tout d'abord interrogé les ergothérapeutes en ce qui concerne la constitution de leur groupe. C'est ce que le tableau suivant illustre :

| | E1 | E2 | E3 | E4 |
|-----------------|--------|--------|-------------|-------------|
| Forme du groupe | Ouvert | Ouvert | Semi-ouvert | Ouvert |
| Nb de patients | 2 à 10 | 6 à 12 | 4 à 8 | Une dizaine |

Tableau 5 : informations concernant le groupe théâtre animé par les ergothérapeutes interrogés

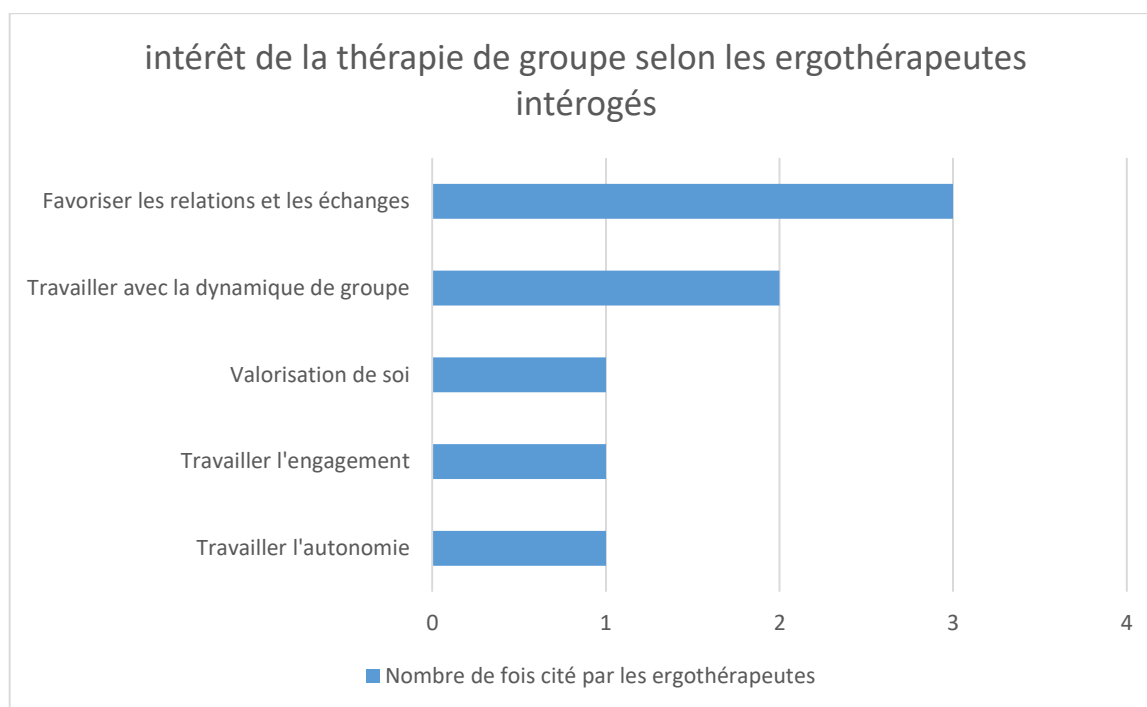
²⁷ Centre Hospitalier Universitaire

²⁸ Centre Médico-Psychologique

²⁹ Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (rattaché ici au CMP)

Ces résultats montrent que l'ensemble des ergothérapeutes forment des groupes ouverts³⁰ pour l'atelier théâtre. Ceux-ci comportant au maximum une dizaine de patients.

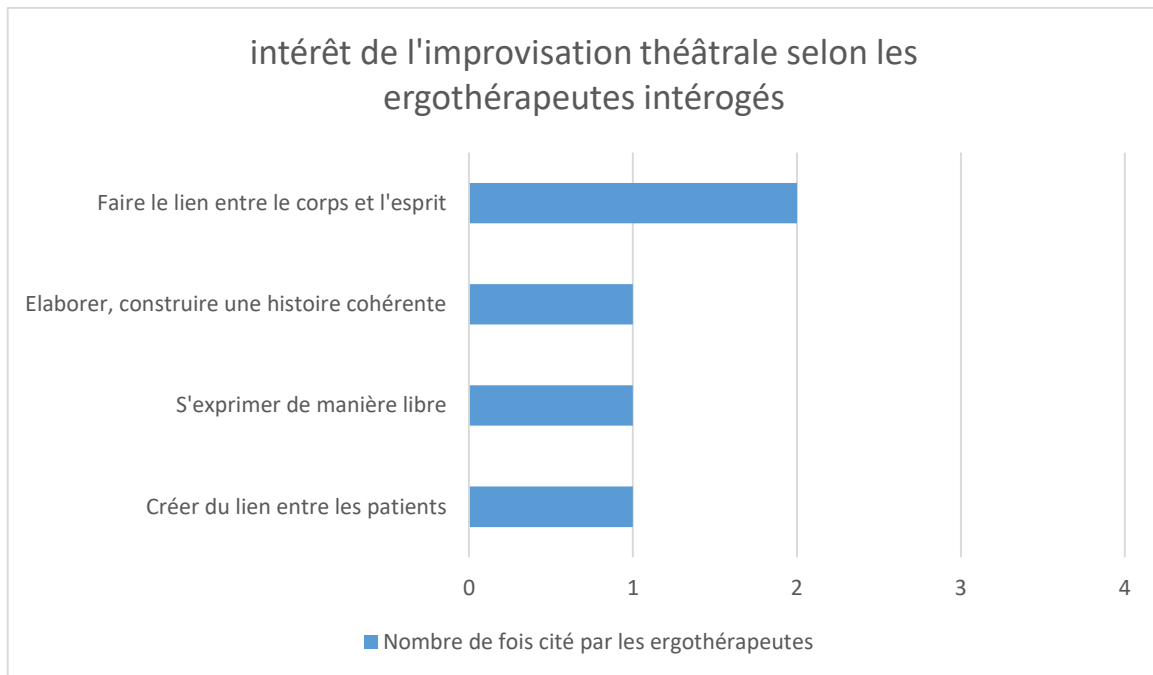
L'utilisation du groupe par les ergothérapeutes n'est pas anodine. Je me suis donc intéressé à l'intérêt qu'ils y voyaient quant à l'utilisation de la thérapie de groupe pour les patients atteints de schizophrénie. J'ai donc interrogé ces quatre mêmes ergothérapeutes sur la question. Le graphique suivant montre ces résultats :



A travers ce graphique nous observons que les principaux intérêts d'utiliser ces groupes pour les ergothérapeutes interrogés sont la favorisation des relations et des échanges, ainsi que le travail avec la dynamique de groupe. La valorisation de soi, l'engagement et le travail de l'autonomie ont également été cités.

Dans le cadre de mon mémoire, le groupe est utilisé pour animer l'atelier théâtre. C'est pourquoi, j'ai aussi interrogé ces ergothérapeutes concernant l'intérêt qu'ils voyaient quant à l'utilisation de l'improvisation théâtrale auprès de cette même population. Ci-dessous les réponses des ergothérapeutes :

³⁰ Un groupe ouvert est un groupe dans lequel chacun est libre de s'inscrire ou de le quitter. Le contenu du groupe ouvert est visible à tous.



Ici, nous voyons bien que l'intérêt principale qui se dégage des réponses quant à l'utilisation du théâtre auprès des personnes atteintes de schizophrénie est de faire le lien entre le corps et l'esprit. Elaborer une histoire constructive, s'exprimer de manière libre et créer du lien entre les patients ont chacun été cités une fois par les ergothérapeutes.

- **Analyse des résultats**

Ces premiers résultats nous permettent de dire que pour animer l'atelier théâtre, l'ensemble des ergothérapeutes interrogés choisissent de former des groupes ouverts contenant entre deux et une dizaine de patients. Dans ces groupes dit « ouvert », les patients peuvent intégrer le groupe au cours de l'année et le quitter à la fin de leur prise en charge. Ce roulement est particulièrement bénéfique pour les interactions entre les patients. Les nouveaux sont guidés, rassurés par les anciens qui font le lien dès leur arrivée. Cela initie potentiellement une relation sociale entre les patients. De plus, nous pouvons voir que le nombre de patients dans un groupe est très fluctuant (allant de deux à une dizaine de personnes). Cette différence au niveau du nombre de patient varie donc entre chaque séance. Cela souligne donc aussi une irrégularité de certains patients quant à leur présence à l'atelier, ce qui peut impacter leur prise en charge en ergothérapie. C'est pour cela que la notion d'engagement a été citée dans ce qui est travaillé via l'improvisation théâtrale.

Il en ressort également que les ergothérapeutes utilisent le groupe pour favoriser les échanges et les relations que ce soit entre les patients ou avec les soignants. Là est le principal intérêt mis en avant. Lorsque l'ergothérapeute décide de monter un atelier de groupe, c'est notamment pour créer du lien entre les patients du groupe, c'est pourquoi ils se mettent un plus en retrait dans ces ateliers. Les patients

sont davantage livrés à eux-mêmes, ils doivent travailler de manière autonome et en collaboration avec les autres membres. C'est pour cela qu'un des ergothérapeutes interrogé a précisé travailler l'autonomie dans les ateliers de groupe. Les ergothérapeutes devant s'occuper de plusieurs patients ne pourront pas être autant présents que dans les activités individuelles auprès de chaque patient. Le lien qui se crée alors entre les patients est également un des intérêts de l'utilisation de l'improvisation théâtrale vu par un ergothérapeute interrogé.

Aussi, comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, une dynamique est présente au sein des groupes. Cette dernière peut être bénéfique pour les patients et amener les patients les plus discrets à se mettre en scène. La moitié des ergothérapeutes interrogés ont précisé l'intérêt de cette dynamique dans les ateliers de groupes pourvu qu'elle soit motrice au sein d'un groupe bienveillant. Ils disent s'appuyer dessus pour amener chacun à participer et créer de l'interaction. D'autres points sur l'intérêt du travail en groupe ont également été soulignés par certains ergothérapeutes comme la valorisation de soi. Cela peut passer par le fait de valoriser les autres, de se faire valoriser ou de se valoriser soi-même. Dans les deux premiers cas la valorisation est nature de relation interpersonnelle.

La réponse des ergothérapeutes concernant l'intérêt de l'improvisation théâtrale est somme toute très hétérogène. Certains d'entre eux disent mettre en place un atelier théâtre pour les personnes atteintes de schizophrénie car celui-ci permet de faire le lien entre le corps et l'esprit. Ce lien est extrêmement flou pour ce type de population. C'est pour cela qu'il convient de trouver une médiation où ces personnes peuvent travailler sur la perception de ce lien. Aussi, comme nous l'avons abordé dans la partie conceptuelle, la pensée des personnes atteintes de schizophrénie est souvent décousue avec une perte de logique. C'est pourquoi un des ergothérapeutes a insisté sur le fait que cela pouvait être travaillé avec le théâtre car cette dernière demande de construire une histoire cohérente, logique, dont la compréhension est accessible pour tous. Aussi, un ergothérapeute a précisé que cet atelier est un lieu sécurisé pour le patient où il a la possibilité de s'exprimer librement et de partager des choses qu'il garde habituellement pour lui.

C. Déroulement de la séance

• Présentation des résultats

Afin, de comprendre au mieux le déroulement de la séance je présente dans cette partie les différentes réponses des ergothérapeutes sur le sujet. L'objectif étant d'identifier les similitudes et les différences présentes dans la construction de l'atelier. Le tableau suivant énumère différentes citations des entretiens que j'ai menés sur la construction de l'atelier d'improvisation théâtral :

Pouvez-vous me parler du déroulé de la séance d'improvisation théâtrale ?

La participation à cet atelier se fait « sur prescription médicale, mais dans les faits, certains patients ne voulaient pas participer et n'y participaient pas. »

« Avant la partie jeu, on a une heure de travail sur le corps, la respiration et l'élocution. »

« Tout le monde participe et met une idée de thème de jeu. [...] On choisit au hasard un sujet [...] et on partage le groupe en deux sous-groupes, dans chaque sous-groupes, il y avait des soignants et des patients. Ils ont 20 minutes pour préparer l'impro, déterminer les rôles de chacun et le début de l'histoire. [...] Chacun des groupes passent l'un après l'autre, devant l'autre. Après le jeu il y avait un temps de parole pour chacun. »

E1

Le jeu de l'improvisation théâtrale est « souvent tiré de situation comme un diner au restaurant, les courses au supermarché, un voyage à l'étranger... »

« Ce qui était intéressant aussi c'était le temps de parole après le jeu [...] pour que tout le monde puisse s'exprimer, donner son avis, son ressenti, donner son impression, qu'ils puissent intégrer leur propre personnalité, qu'ils puissent redescende du jeu »

La participation à cet atelier se fait via « une prescription générale d'ergothérapie. Puis on en discute avec les soignants du groupe théâtral. [...] On fait un point sur les attentes, sur ce qu'on connaît du patient... »

« On travaille sur des improvisations de mouvement liés à la musique ou au rythme. [...] Au départ, on donne un thème très simple : une salle d'attente, on s'ennuie, qu'est-ce qu'on fait avec ce corps ? avec un peu de musique, et après on va venir travailler sur les idées qu'ils ont eu, les enchaîner les unes aux autres »

E2

« On travaille beaucoup sur des scénettes en fait, et l'idée c'est de filmer le corps mais pas la tête. [...] Puis à la fin de l'année en fait, on fait une journée de présentation de toutes les images et toutes les prises de voix etc... »

« On filme depuis 3 mois maintenant donc on voit la progression et du coup c'est aussi l'idée de leur montrer comment ils ont progressés. Mais on ne fait pas de représentation. »

| | |
|----|--|
| | <p>L'improvisation se créer à partir « d'activité quotidienne, de situation drôle, même des fois, [les patients] apportent des choses. Je vais aussi apporter des choses ou le metteur en scène va amener des choses s'ils n'ont rien à proposer à ce moment-là. Mais sinon on essaie au maximum de partir du patient. »</p> <p>« [La séance] se déroule en 3 parties. La première partie, c'est la partie vraiment échauffement qui dure à peu près 10 – 15 minutes. Après on fait un travail de reprise de tout ce qu'on a fait la séance d'avant. [...] Après on fait une première pause à peu près, généralement au bout de ¾ d'heure – 1 heure. Après on reprend avec le travail d'impro. [...] On travaille aussi tout ce qui est voix, avec pas mal d'exercices de vire-langue, des techniques de chant »</p> |
| E3 | <p>« On commence [la séance] par un échauffement corporel. [...] On essaie de développer l'espace de la scène un maximum pour que les patients puissent prendre possession des lieux. [...] Et puis après on fait souvent des sketches de la vie quotidienne (faire à manger, faire le ménage...) en duo ou pas. On demande aux patients de créer des sketches entre eux. Sur différents thèmes, pas forcément la vie quotidienne. Et puis on finit toujours par euh le cri. En fait chaque patient va crier un maximum, le plus fort possible, tout au fond de la salle. [...] Et puis on finit par de la relaxation. »</p> |
| E4 | <p>La participation du patient à cet atelier « ça se fait sur prescription médicale. Ils ont déjà fait un minimum d'un mois d'observation dans d'autres activités. Après je ne prends pas des gens qui sont trop interprétatifs. [...] Ils sont proposés je dis oui ou non. [...] je mélange toutes les pathologies. »</p> <p>« ça dure 2 heures. On est dans une salle en ville, à l'extérieur de l'hôpital »</p> <p>« On commence par faire des échauffements. Après on fait des exercices d'improvisation en fonction du thème de ce que l'on fait. Et ensuite on redescend tous au CMP. Et là il y a une reprise avec moi de savoir comment ça s'est passé, ou est ce qu'ils en sont dans leurs objectifs, comment était la séance pour eux, ce qu'on va faire la prochaine fois... et la suite à donner à leur travail. »</p> |

Figure 6: Citations extraites d'entretiens menés sur des ergothérapeutes concernant la construction de l'atelier d'improvisation théâtral

Ces résultats montrent donc le déroulé d'une séance type selon chaque ergothérapeute. Cela va me permettre de mettre en évidence les similitudes et les dissemblances de leurs ateliers.

- **Analyse des résultats**

Suite à ces résultats nous pouvons voir que trois des ergothérapeutes ont précisés que l'entrée à l'atelier théâtre faisait suite à une prescription en ergothérapie du médecin. Suite à cela, l'ergothérapeute réalise un entretien qui déterminera si oui ou non le patient pourra faire partie de l'atelier théâtre. La décision finale de l'admission du patient revient à l'ergothérapeute.

Avant de commencer le jeu d'improvisation, tous les ergothérapeutes ont précisé l'importance d'un échauffement. E1 et E3 ont précisés que ce dernier avait pour but de travailler le corps, de le réveiller. L'un accompagné d'un travail de respiration, l'autre visant à utiliser un maximum l'espace scénique. Cela permet de situer le patient atteint de schizophrénie dans un espace, dans un environnement, ce qui représente habituellement une difficulté pour lui. Dans la partie précédente, nous parlions de difficultés pour ces personnes au niveau du lien entre le corps et l'esprit, cela est travaillé dès l'échauffement. Ce dernier a pour but de recentrer le patient au niveau de son environnement et son corps. Suite à cela, le jeu d'improvisation théâtral débute. Pour la plupart, l'improvisation se crée sur des situations de la vie quotidienne, des situations pouvant être potentiellement vécu par le patient. E2 s'appuie également sur la musique pour animer l'atelier. Les patients peuvent s'en saisir pour démarrer leur improvisation. Dans le cas d'E1, le jeu est précédé d'un temps de préparation, durant une vingtaine de minutes, permettant aux membres du groupe d'échanger afin d'établir les rôles de chacun et les prémices de l'histoire. De plus, E2 et E3 expliquent travailler l'élocution et la voix après ces exercices d'improvisations. Pour E2, cela se fait à travers des exercices de vire-langues et de chant. E3 quant à elle, travaille ensuite sur le cri avec ses patients.

Les ergothérapeutes E1 et E4 terminent la séance avec un moment d'échange permettant aux patients d'exprimer leur ressenti de la séance, savoir comment ils l'ont vécu et de faire un point dans leur prise en charge. E3 finit son atelier par un moment de relaxation, permettant aussi de faire redescendre le jeu.

A travers ses résultats nous voyant donc que les ergothérapeutes, bien que travaillant dans des centres différents, présentent des similitudes dans la construction de leur atelier théâtre.

D. Le rôle de l'ergothérapeute

- **Présentation des résultats**

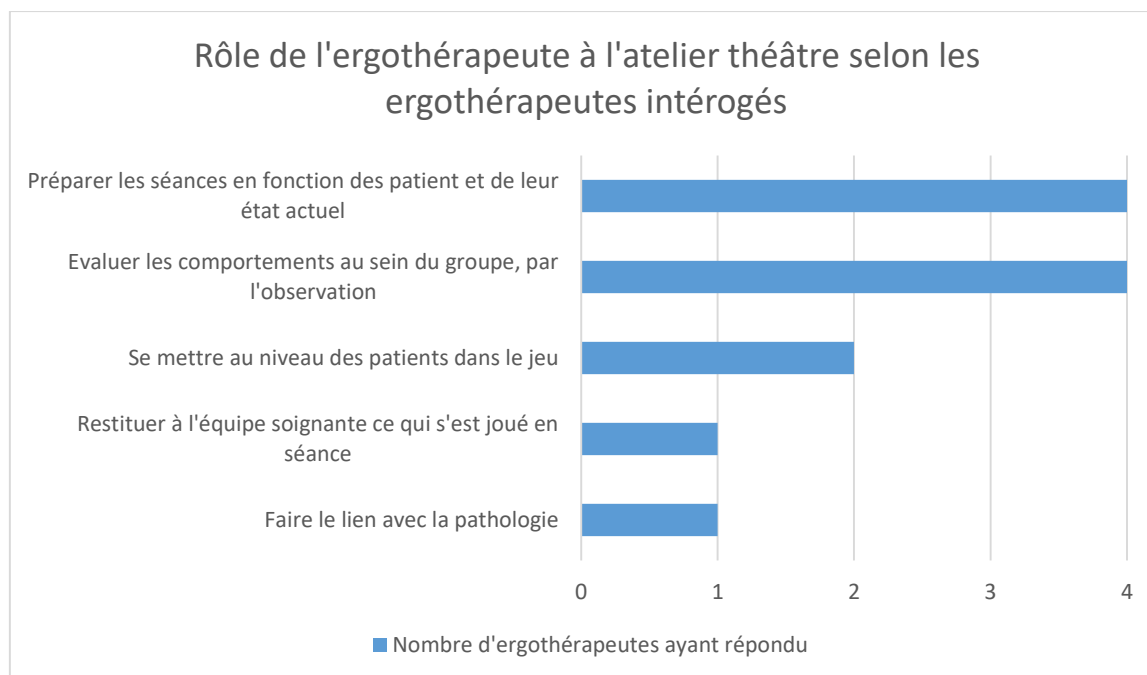
Avant de m'intéresser au rôle de l'ergothérapeute dans cet atelier, je montre à travers le tableau suivant les autres thérapeutes présent à cet atelier et le(s) rôle(s) de chacun :

| | E1 | E2 | E3 | E4 |
|-----------------------------------|---|--|---|--|
| Co-thérapeute(s) | 1 psychologue + 2 infirmières | 1 metteur en scène (1 séance sur 2) + 1 infirmière | 1 psychomotricien | 1 comédienne |
| Rôle(s) du (des) co-thérapeute(s) | <ul style="list-style-type: none"> - Favorise l'expression entre soignants/soignés - Regard professionnel différent, impliqué dans le jeu | <ul style="list-style-type: none"> - Travail sur la gestuelle | <ul style="list-style-type: none"> - Travail sur le schéma corporel - Intégration sensorielle - Relaxation | <ul style="list-style-type: none"> - Anime l'atelier - Propose des exercices |

Figure 7 : Co-thérapeutes présents dans les ateliers théâtre des ergothérapeutes interrogés et leurs rôles

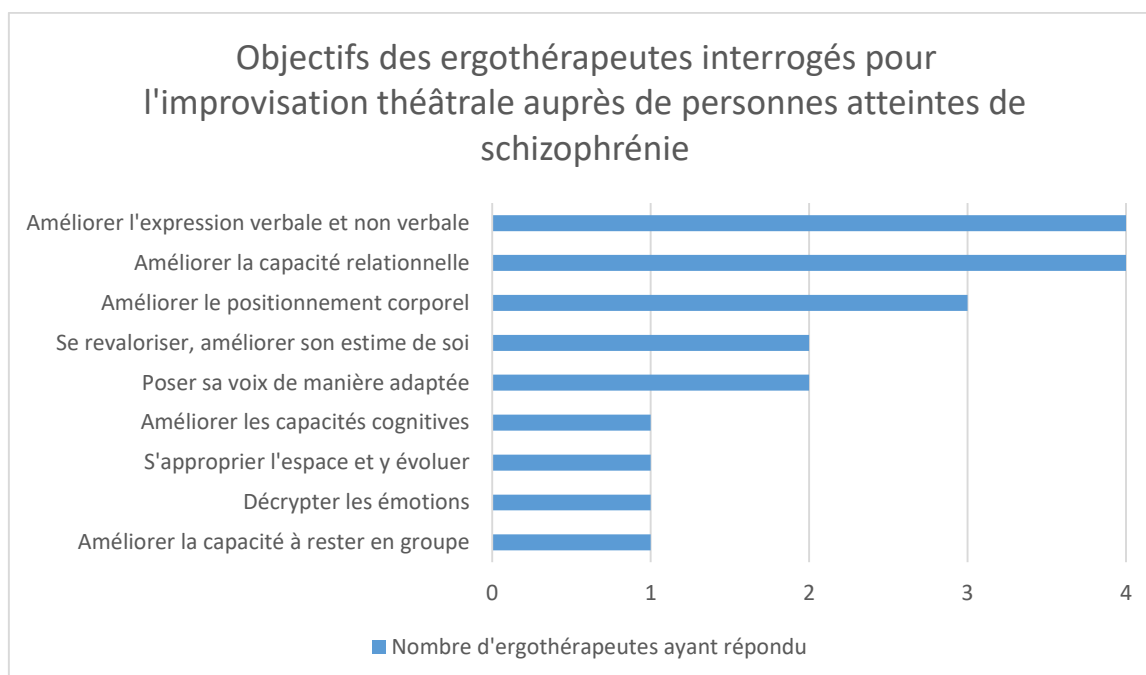
A travers ce tableau nous voyons donc que tous les ergothérapeutes animent l'atelier en compagnie d'un autre professionnel de santé. Chacun précisant le rôle de celui-ci.

Le graphique suivant présente les différents rôles de l'ergothérapeute dans cet atelier d'improvisation théâtrale, selon les ergothérapeutes interrogés :



Nous observons donc que sur les cinq rôles de l'ergothérapeute animant cet atelier, deux ont été cités par les quatre ergothérapeutes interrogés. Nous reviendrons là-dessus dans l'analyse des résultats.

Suite à cela, j'ai questionné les ergothérapeutes quant à leurs objectifs concernant les personnes atteintes de schizophrénie lors de leur participation à l'atelier théâtrale. Le graphique suivant regroupe leur réponse des plus cités aux moins cités :



Tous les ergothérapeutes questionnés considèrent qu' « améliorer l'expression verbale et non verbale » et « améliorer la capacité relationnelle » sont leurs principaux objectifs lorsqu'ils animent un atelier d'improvisation théâtrale auprès de personnes atteintes de schizophrénie.

• Analyse des résultats

Ces résultats montrent que tous les ergothérapeutes interrogés animent l'atelier théâtre en co-thérapie avec un autre professionnel de santé (psychologue, comédien, psychomotricien, infirmières...). Leur participation permet d'avoir un regard différent sur l'atelier et chacun apportera une expertise différente. En fonction de leur profession, certains travailleront davantage sur la gestuelle, d'autres sur la sensorialité, ou d'autre encore sur l'expression et les échanges. Ce travail interpersonnel permet également de varier la prise en charge et de renouveler régulièrement le contenu de l'atelier.

Nous voyons donc l'intérêt du travail en co-thérapie mais précisons maintenant le rôle de l'ergothérapeute dans cet atelier. L'un des rôles majeurs qui ressort de mon enquête est la préparation de la séance en fonction de l'état psychique et physique du patient. Formant des groupes ouverts, l'ergothérapeute pourra refuser le patient en fonction de cela sans impacter de façon majeur le groupe. La séance doit à chaque fois être adaptée pour les patients qui y participent. C'est aussi pour cela que l'atelier est animé en co-thérapie. Les deux professionnels élaborent la séance en fonction des besoins et des objectifs de chacun.

Au cours de la séance l'ergothérapeute a principalement un rôle d'observateur. Il doit évaluer le comportement de chacun tout en participant à l'atelier, et parfois même en l'animant. La moitié des ergothérapeutes ont insisté sur le fait qu'ils doivent se mettre au niveau des patients dans le jeu. C'est-à-dire qu'ils participent autant qu'eux et appliquent les mêmes consignes dans le jeu. Cela n'impacte en

rien leur rôle thérapeutique. Il permet d'avoir un lien plus étroit avec les patients et donc de les épauler davantage dans leur jeu scénique. Ce positionnement permet également de canaliser les éventuels symptômes positifs du patient pour le ramener au jeu et le resituer dans son espace. Aussi, les ergothérapeutes font le lien avec les équipes soignantes sur ce qui s'est passé durant l'atelier, le comportement et l'évolution des patients. L'ergothérapeute étant au fait de la maladie de chacun peut aussi faire le lien entre ce que partage le patient lors de l'atelier et sa pathologie.

Pour les personnes atteintes de schizophrénie, l'ergothérapeute établit divers objectifs via l'atelier d'improvisation théâtrale. Le premier objectif qui a été cité par l'ensemble des ergothérapeutes interrogés est l'amélioration de capacités relationnelles. Cet objectif est en lien avec un autre objectif qui est d'améliorer son expression verbale et non verbale. En effet, le patient doit prendre en compte son environnement social et réussir à se faire comprendre pour communiquer avec celui-ci. C'est ce qui est travaillé avec le théâtre. Nous avons vu que l'histoire doit être constructive et comprise par tous mais pour cela, il faut également que le patient puisse s'exprimer de manière suffisamment claire pour être totalement compris. Une expression verbale et non-verbale de qualité est la clé d'une bonne communication. Ainsi, ces deux objectifs ressortant comme les principaux sont particulièrement liés.

Améliorer le positionnement corporel est un autre objectif important de cette prise en charge chez les personnes atteintes de schizophrénie. En effet, un des ergothérapeutes que j'ai interrogé a particulièrement insisté sur la dissociation entre le corps et l'esprit chez ces personnes, comme nous avons aussi pu le voir dans une partie précédente. Il a mis donc en avant le bénéfice du théâtre à allier les deux. Pour cela, le schéma corporel est un objectif mis en avant par la majeure partie des ergothérapeutes interrogés. Celui-ci est particulièrement travaillé lorsque l'atelier est co-animé par un psychomotricien (ce point ayant été mis en avant par E3 qui co-anime l'atelier avec un psychomotricien). L'estime de soi et la revalorisation ont aussi été citées. Comme il a été vu plus haut, cela peut se faire à travers les échanges entre patients. Le thérapeute n'en est pas forcément le promoteur mais il constate ces échanges.

De manière isolée, d'autres objectifs ont été nommés. Parmi eux on retrouve l'amélioration des capacités cognitives. Cet objectif sera atteint, par exemple, à travers l'élaboration d'histoires cohérentes comme nous l'avons déjà abordé. Un ergothérapeute a mis également en avant le fait de s'approprier l'espace, son environnement et la capacité à rester en groupe. Justifiant cela par la tendance des personnes atteintes de schizophrénie à se replier sur elles-mêmes et à s'isoler en prenant que très peu en considération leur environnement. Le décryptage des émotions, étant tout aussi difficile pour ces personnes, est l'un des objectifs qui a été avancé par l'un des ergothérapeutes interrogés.

Pour animer l'atelier théâtre et répondre à leurs objectifs les ergothérapeutes établissent un cadre. Son importance a été vue dans la partie théorique. Cela permet entre autre au patient de se sentir en confiance pour pouvoir exprimer des choses qu'il garde habituellement en lui. Dans ce cadre nous

retrouvons par exemple l’horaire de l’atelier qui doit être fixe et d’une durée fixe. La fréquence de l’atelier doit être également constante (par exemple tous les mercredis de 13 heures à 16 heures). Un cadre spatiale doit aussi être établi. La séance se déroule à chaque fois dans la même pièce. Ainsi, le patient connaissant déjà les lieux sera plus à même de s’exprimer. L’écoute et le respect des uns et des autres rentrent également dans le cadre formé par l’ergothérapeute. Celui-ci veille à ce que la bienveillance soit omniprésente dans le groupe.

E. Impact sur la schizophrénie

• Présentation des résultats

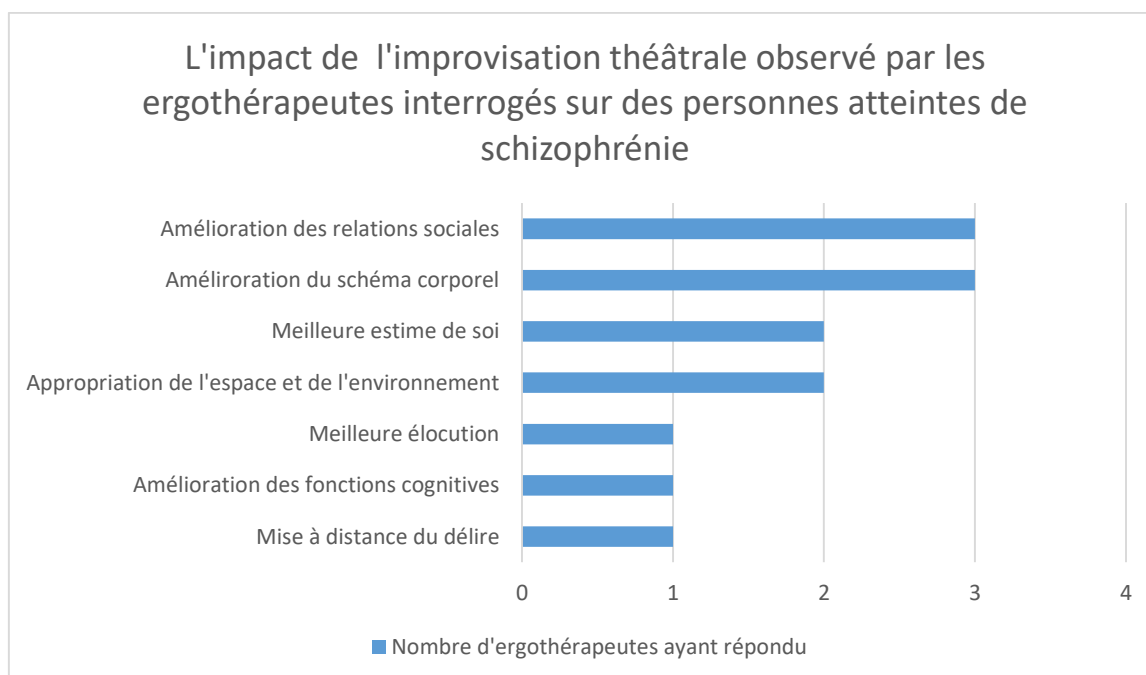
Avant de recueillir des informations concernant le potentiel impact de l’improvisation théâtrale sur les personnes atteintes de schizophrénie, je m’intéresse à la manière dont les ergothérapeutes évaluent l’évolution du patient. C’est ce que le tableau suivant illustre :

| Comment évaluez-vous l’impact du jeu théâtral sur le patient? | |
|---|---|
| E1 | <ul style="list-style-type: none"> - Par l’observation - Compte rendu à l’équipe - Très descriptive |
| E2 | <ul style="list-style-type: none"> - Peu d’évaluation en psychiatrie pour l’ergo - Auto-évaluation (remplit toutes les 6 semaines) - Retour des patients (« certains nous disent avoir eu un déclic lors du jeu théâtral ou dans les coulisses en regardant les autres jouer ») - Retour de l’entourage du patient - Transmission d’équipe |
| E3 | <ul style="list-style-type: none"> - Par l’observation - Bilan avec le patient à chaque fin de prise en charge théâtre |
| E4 | <ul style="list-style-type: none"> - Par l’observation - Se base sur le modèle PPH pour faire ses bilans |

Figure 8 : Manières dont les ergothérapeutes évaluent la potentielle évolution du patient

Nous pouvons voir sur ce tableau que tous les ergothérapeutes ont recours à l’observation pour évaluer l’évolution des personnes atteintes de schizophrénie dans cet atelier. Les transmissions aux équipes se font donc de manière très descriptive.

Le graphique qui suit montre les différents impacts de cette médiation observés chez des personnes atteintes de schizophrénie. Ces observations sont regroupées des plus cités aux moins cités :



Ce graphique montre sept améliorations qu'ont observées les ergothérapeutes sur les personnes atteintes de schizophrénie après avoir participé à l'atelier d'improvisation théâtrale. Deux améliorations ressortent de ces résultats : au niveau des relations sociales et du schéma corporel.

- **Analyse des résultats**

Les quatre ergothérapeutes interrogés ont insisté sur le fait que leur « évaluation » se faisait via leur observation. E2 a justifié cela par un manque d'évaluation propre à l'ergothérapie en psychiatrie. Constat que j'ai pu également faire durant mes différents stages. Elle a donc créé sa propre grille d'auto-évaluation (regroupant notamment les capacités d'élocution, de mouvement et la place dans le groupe) qu'elle fait passer toutes les 6 semaines à ses patients. L'intéressé s'évalue lui-même ce qui lui permet de réfléchir sur sa propre présence à l'atelier. Ainsi, il est ramené à lui, à son existence, et évoluant dans un certain environnement. E3 quant à elle, dit réaliser un bilan en fin de prise en charge avec le patient. Cela se fait donc sous forme d'échange avec le(s) professionnel(s) de l'atelier. Ce peut être un temps où le patient fait part de ses divers ressentis lors des ateliers auxquels il a participé et exprimer ses difficultés ou ses facilités.

L'importance du retour du patient a été soulignée par E2 et E3. E2 nous spécifie également que certains d'entre eux lui ont rapporté avoir eu un « déclic » lors de l'atelier théâtre qui a été bénéfique pour leur rétablissement psychique et physique. L'entourage est le premier témoin concernant l'apparition de la maladie, il est également le premier à pouvoir observer les améliorations du patient. C'est pourquoi E2 précise l'importance de prendre en compte leurs observations pour évaluer l'évolution du patient.

Passant par l'observation, l'évaluation se fait donc de manière très descriptive. Le dernier retour qui a été évoqué par les ergothérapeutes est celui de l'équipe qui constate quotidiennement l'état du patient, aussi bien sur le plan psychique que physique. E1 et E2 aborde ce point. L'ensemble de ses retours forment, selon elles, une évaluation pertinente pour constater l'évolution ou non de la personne atteinte de schizophrénie.

D'après les résultats on peut voir que plusieurs ergothérapeutes ont dit avoir constaté une amélioration du patient au niveau des relations sociales suite à la participation à l'atelier d'improvisation théâtral. Cela fait suite au travail réalisé sur l'expression et confirme la validation des objectifs en ergothérapie que nous avons vu précédemment. Une amélioration du schéma corporel a également été soulignée par trois des ergothérapeutes interrogés. Comme nous l'avons vu cette amélioration est due à la présence scénique et au travail sur l'expression non verbale. Aussi, bien que la personne atteinte de schizophrénie ne fasse que peu de lien entre son esprit et son corps, il existe bien une corrélation entre le psychisme et le corps du patient. Si une amélioration de sa santé psychique se fait, alors nous pourront observer une amélioration d'un point de vue corporelle. C'est ce qu'E2 illustre dans un exemple où elle a été interpellée par l'amélioration de la posture d'un patient à table, ce dernier se tenant droit sur sa chaise alors qu'il était généralement complètement rabaisé sur son assiette.

Deux des ergothérapeutes interrogés ont exprimés avoir perçue une amélioration des patients en ce qui concerne leur estime de soi. Cela résulte de la revalorisation qui se fait entre les membres du groupe dont nous avons parlé précédemment. Notons également que la moitié des ergothérapeutes ont dit avoir observé ou avoir eu un retour concernant l'appropriation de l'espace par le patient, s'inscrivant davantage dans son environnement. En effet pour pouvoir élaborer une communication avec les autres membres du groupe, il faut que chacun puisse avoir une place dans l'environnement où ils évoluent.

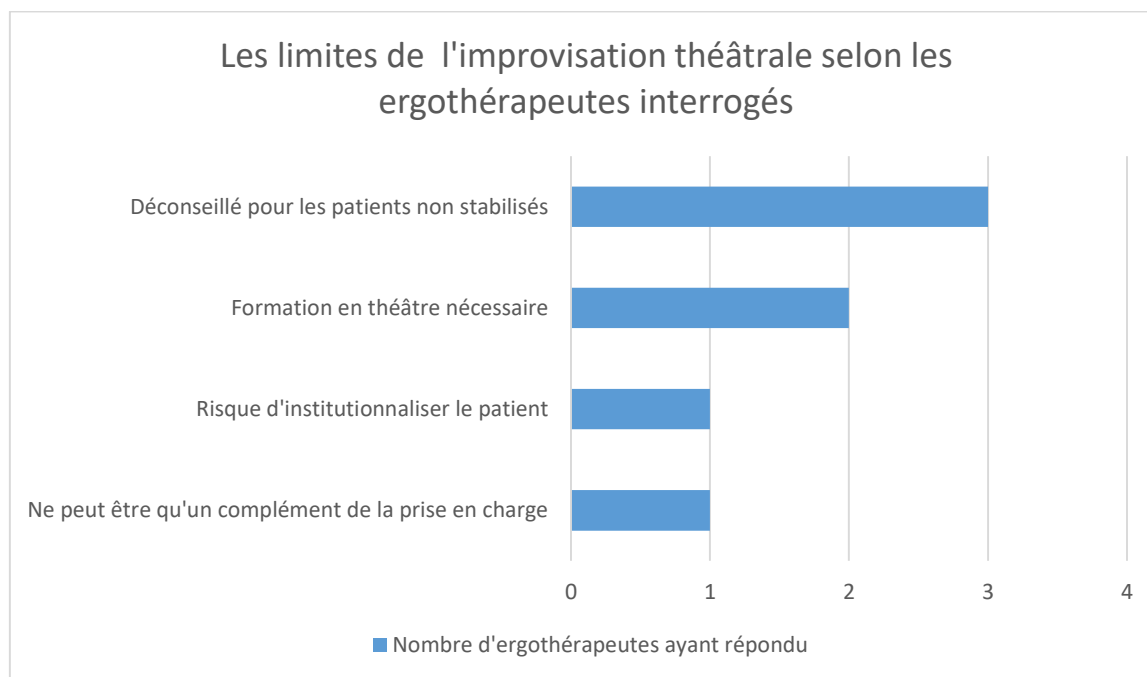
Un ergothérapeute a également évoqué qu'une amélioration des fonctions cognitives a été observé chez les personnes atteintes de schizophrénie. Cela ayant été travaillé par la construction de l'histoire comme il a été souligné en amont. Un autre ergothérapeute a mis en avant que l'élocution des patients se voyait amélioré auprès de leur entourage et des soignants. Les patients se faisaient mieux comprendre auprès de ces derniers. Aussi, il a été observé par l'un d'eux que lors de l'atelier théâtral, les patients mettaient à distance leurs délires.

Ainsi, nous voyons d'après ces résultats tant d'impacts mis en avant par les ergothérapeutes à travers l'improvisation théâtrale chez les personnes atteintes de schizophrénie.

F. Les limites de l'improvisation théâtrale

- **Présentation des résultats**

Pour finir mon enquête j'ai interrogé les ergothérapeutes sur d'éventuelles limites au jeu théâtral. Ces dernières sont regroupées dans le graphique ci-dessous :



• Analyse des résultats

A la fin de mes entretiens, j'ai demandé aux ergothérapeutes s'ils percevaient des limites à l'atelier d'improvisation théâtrale pour les personnes atteintes de schizophrénie. Trois d'entre eux m'ont répondu que cet atelier était déconseillé aux patients non stabilisés. Dans ce cas, l'atelier pourrait renforcer l'instabilité de ces derniers. Leur adhésion au groupe et au jeu scénique seraient alors très compliqués pour eux. C'est pourquoi la participation à l'atelier dépend de l'ergothérapeute ayant reçu une prescription médicale concernant le patient. Ce dernier passant généralement par une phase d'observation.

Deux des ergothérapeutes interrogés ont accentué le fait qu'une formation sur l'utilisation du théâtre comme une thérapie est nécessaire pour animer ces ateliers. Sans cela le champ d'action, le jeu et l'interprétation se verraient très restreint. Aussi, le théâtre ne doit pas être un prétexte pour institutionnaliser le patient. Ce dernier ne doit pas développer une forme de dépendance à l'atelier qui lui permettrait de rester davantage de temps à l'hôpital. C'est pourquoi dans la notion d'engagement il est nécessaire d'établir une date de fin de prise en charge, pouvant être renouvelable ou non.

Enfin, un des ergothérapeutes a précisé que l'atelier théâtral ne pouvait pas se suffire à lui-même. Il s'inscrit dans une prise en charge pour les patients atteints de schizophrénie mais cela représenterait peu d'intérêt de l'utiliser de manière isolé.

Ainsi, on voit ici les potentielles limites du jeu d'improvisation théâtrale selon les ergothérapeutes interrogés. Ces limites permettent d'avertir des éventuelles difficultés qui peuvent se présenter lors de cet atelier.

Discussion

L'enquête que j'ai menée m'a permis d'obtenir un retour direct des ergothérapeutes utilisant l'improvisation théâtrale comme une médiation auprès de personnes atteintes de schizophrénie. Il convient maintenant de confronter les résultats de mon enquête à ma partie théorique, afin de valider ou non mon hypothèse de départ. Là est l'enjeu de cette partie.

I- Retour sur l'hypothèse

Suite à l'enquête menée, nous allons donc confronter ses résultats et son analyse au cadre conceptuel développé en première partie. Rappelons que mon hypothèse de départ est formulée de la manière suivante :

L'ergothérapeute utilise l'improvisation théâtrale pour favoriser les interactions sociales interpersonnelles des personnes atteintes de schizophrénie, en mettant en scène des situations de la vie quotidienne.

Dans notre cadre conceptuel, nous avons mis en avant que les personnes atteintes de schizophrénie présentaient dans la majorité un repli sur elle-même conduisant à un isolement social. Toute interaction avec son environnement extérieur devient alors très limitée, notamment au niveau des relations sociales. Les personnes atteintes de schizophrénie sont prises en charge en psychiatrie par une équipe pluridisciplinaire dont l'ergothérapeute fait partie. Ces derniers utilisent diverses médiations pour permettre à ces patients d'extérioriser leur éventuel mal-être intérieur mais aussi pour renouer un contact avec leur environnement.

Les ergothérapeutes, dans leur prise en charge organisent bien souvent des ateliers de groupes. C'est le cas en psychiatrie où ce type d'atelier est utilisé pour favoriser les relations et les échanges entre les patients. C'est d'ailleurs l'intérêt principal qui ressort de mon enquête concernant son utilisation. Tous les ergothérapeutes interrogés ont spécifiés former des groupes ouverts, comptant un nombre restreints de patients, soit pas plus d'une dizaine. C'est le cas également du groupe d'improvisation théâtral formé dans un CATTP, auquel j'ai pu participer lors de plusieurs séances au cours de ma pré-enquête. Suite au retour des ergothérapeutes et à mes observations, j'ai pu constater que le groupe d'atelier théâtrale est un lieu favorisant les relations humaines. Les participants coopèrent afin d'atteindre un même but : la représentation scénique. Il s'y établit des actions spontanées pouvant mouvoir l'ensemble du groupe mais les décisions le concernant s'ont prises en commun par ses membres. Ainsi, cela confirme ce que nous avons vu dans la partie conceptuelle : d'un point de vu

sociologique et psychologique, les ergothérapeutes forment des groupes primaires (ou restreint) et démocratique. Aussi, le deuxième intérêt de l'utilisation de la thérapie en groupe qui a été le plus cité par les ergothérapeutes interrogés est sa dynamique. Comme nous l'avons vu dans la première partie de mon mémoire, cette dernière, utilisant le lien créé entre chaque membre, peut amener les patients les plus en retrait à se mettre en action. C'est ce que j'ai constaté au CATTP. L'ergothérapeute y anime un atelier d'improvisation en co-thérapie avec une psychomotricienne. Lors de cette atelier, j'ai constaté que les patients les plus à l'aise sur scène et dans l'échange, stimulaient ceux qui étaient plus en retrait. Nous voyons là l'importance de l'implication de l'ergothérapeute dans l'atelier qu'il anime. Il amorce cette dynamique et la dirige s'il en ressent le besoin.

Les ergothérapeutes partent soit du patient (quand ils le peuvent), soit d'une situation lambda de la vie quotidienne pour démarrer l'improvisation. Ainsi, le patient a la possibilité d'interagir, de communiquer avec les autres membres du groupe lors du jeu. C'est en amenant ces patients à établir des interactions avec autrui et ainsi communiquer et interagir avec son environnement social, qui lui sera possible de s'inscrire dans un espace et un temps défini.

Le théâtre comme nous l'avons vu précédemment, utilise le corps pour exprimer des pensées, des émotions, des ressentis... tant d'aspect qui paraissent flous pour les personnes atteintes de schizophrénies. En effet, nous avons vu précédemment que la schizophrénie entraîne une incapacité pour la personne à se situer et s'enferme peu à peu dans son espace intérieur. Cette maladie entraîne également une perte de l'unité psychique, le discours de la personne peut se voir altéré, étant alors incompréhensible. A travers le jeu théâtral, le patient pourra donc travailler ces différents points et faire le lien entre son corps et son esprit. De plus, l'improvisation théâtrale, à la différence d'une représentation, laisse à l'acteur (ici le patient) une totale liberté dans ses actions et ses paroles pourvu qu'il soit en rapport avec le thème joué ou le déroulement de l'histoire. Il lui est donc possible de partager des choses venant aussi bien de son vécu que de son imaginaire. Dans le premier cas, cela permettra au patient de partager, d'extérioriser, des parties de sa vie qu'il garde habituellement enfoui en lui. Dans le second, le fait de créer quelque chose tiré de son imaginaire et le joué dans la réalité, lui permet d'identifier clairement ce qui est du domaine du réel et de l'imaginaire. Les ergothérapeutes interrogés disent dans la plupart des cas que le principal intérêt de l'improvisation théâtrale est de faire le lien entre le corps et l'esprit du patient. En effet, nous avons vu que les personnes atteintes de schizophrénie présentaient une réelle difficulté quant à l'appropriation de leur corps. Le fait de renouer l'esprit du patient avec son corps, amènera ce dernier à s'inscrire dans son environnement.

Cet atelier, selon eux, permet donc à chacun de s'exprimer librement et de créer du lien entre les patients. Un ergothérapeute a même précisé que, étant un groupe ouvert, les nouveaux patients qui intègrent l'atelier sont pris en charge par les anciens. Ces derniers les intègrent au groupe, les rassurent et les stimulent dans leur participation. Là est le premier lien sociale qui se crée entre les patients. Le

fait qu'ils créent quelque chose ensemble et commun à tous, renforce également ces relations. Les ergothérapeutes, à travers cet atelier réhabilitent donc le patient dans leur environnement social.

Grâce au théâtre, l'ergothérapeute amène le patient à être acteur de ses soins. Il se met en action pour améliorer son état de santé. La plupart des ergothérapeutes interrogés se mettent en scène avec les patients et participent activement à l'atelier théâtral. Cela leur permet, d'une part, d'être proche des patients et d'être au fait de leur état psychique durant la séance, et d'autre part, de faire partie de la dynamique du groupe et de s'assurer qu'elle soit bénéfique pour les patients. Attention, cette implication de l'ergothérapeute est non sans risque. Bien qu'il soit essentiel d'être engagé dans la relation thérapeutique, Mathilde Chaussé rappelle que l'ergothérapeute doit rester vigilant quant à ses émotions. Ces dernières peuvent impacter la prise en charge du patient si elles sont inadaptées (Chaussé, 2014).

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, une relation se crée au sein d'un contexte. Dans le cas de l'atelier théâtral, l'ergothérapeute établit ce contexte grâce à son cadre. Le lieu et l'horaire de la rencontre y sont établis par l'ergothérapeute, au même titre que le rapport des places au sein du groupe. Même si chacun des membres est libre de prendre la place qu'il désire dans le groupe, nous avons vu que l'ergothérapeute veille à ce que la bienveillance règne dans le groupe. Il fait en sorte que la place de chacun ne mette pas en péril la place d'autrui. En cela nous voyons l'importance du cadre et les relations qui en dépendent. Les ergothérapeutes interrogés ont tous abordés de manière explicite ou non, ce cadre lors du déroulement de leurs séances (exemple : le lieu, l'horaire, les consignes...).

L'improvisation théâtrale permet également aux personnes atteintes de schizophrénies d'adopter un comportement en lien avec la situation jouée. Adapter leur comportement et leur communication en fonction de la situation, les amèneront à percevoir la frontière existante entre leur soi intime et leur soi sociale, que nous avons détaillé précédemment. Cette perception les conduit un peu plus à s'inscrire dans un environnement social. Afin d'évaluer l'évolution des patients participant à cet atelier d'improvisation théâtrale, les ergothérapeutes interrogés ont précisés utiliser l'observation et de divers retours, que ce soit des équipes, de l'entourage ou du patient lui-même. L'amélioration des relations sociales est le principal impact observé chez les personnes atteintes de schizophrénie participant à l'atelier d'improvisation. Au même titre que le schéma corporel. Ce dernier est un indicateur de l'amélioration psychique du patient et souligne une réappropriation du corps par le patient.

Les ergothérapeutes interrogés ont également précisé que l'improvisation ne convenait pas à des personnes dont l'état psychique n'est pas stabilisé. Cela risquerait d'empirer l'état du patient et impacterait négativement sur le groupe. Aussi, selon un ergothérapeute, le théâtre ne peut-être qu'un complément à la prise en charge. Le patient nécessite un suivi en parallèle pour améliorer son état psychique. Néanmoins, tous ont confirmés une amélioration des relations sociales pour les patients atteints de schizophrénie participant à l'atelier d'improvisation théâtrale.

Mon hypothèse n'est donc pas réfutée. Cependant, nous avons là seulement quatre témoignages d'ergothérapeutes. Cela ne peut donc pas être représentatif de ce qui se fait dans les autres lieux de soins en santé mentale. **L'hypothèse proposée n'est donc validée que partiellement.**

II- Limites de l'enquête et axes de réflexions

Pour réaliser mon enquête, j'ai donc choisi d'utiliser l'entretien semi-directif. Ainsi, je suivais une liste de questions que j'avais préparées en amont et les personnes interrogées étaient libres dans leurs réponses. Cela a entraîné une inégalité dans les réponses de chacun. Certains ont détaillé largement leurs réponses, apportant parfois de nouveaux éléments, tandis que d'autres faisaient des réponses plus succinctes. De ce fait, les entretiens variaient de 20 à 40 minutes selon les personnes interrogés. La quantité des propos analysés est donc différente d'un ergothérapeute à un autre. Afin d'éviter un surplus d'informations, il convient alors de recentrer d'avantage la personne interrogée sur le sujet du mémoire.

Cette enquête a été réalisée via des entretiens. Elle est donc dite « qualitative »³¹. Par conséquent, ces résultats ne nous permettent pas de quantifier et de généraliser la pratique des ergothérapeutes. Afin d'avoir un retour plus large quant à l'utilisation de cette médiation par des ergothérapeutes auprès de personnes atteintes de schizophrénie, il aurait été possible de réaliser des questionnaires. Ces derniers, en complément des entretiens réalisés, m'auraient permis de connaître l'étendue de son utilisation en France et de son éventuel apport dans les soins. Nous aurions également pu interroger les ergothérapeutes qui n'utilise pas cette médiation et d'en connaître la raison.

Aussi, nous avons vu que les ergothérapeutes identifiaient l'évolution du patient au niveau de ses relations sociales par le retour du patient et de son entourage. Ces deux populations n'ont pas été interrogées lors de l'enquête de ce mémoire par manque de temps. Obtenir leurs témoignages aurait été pertinent car ce sont les principaux concernés dans la relation que nous étudions ici.

Enfin, au cours de ma pré-enquête j'ai donc réalisé plusieurs séances d'observations dans un CATTP où l'ergothérapeute utilisait l'improvisation théâtrale comme une médiation en ergothérapie. Ayant fait ces observations seulement dans un lieu de soin, je n'ai pas pu les comparer avec d'autres lieux. Par conséquent, j'ai choisi d'en parler dans ma discussion et peu dans mon enquête. C'est pourquoi, j'aurais aimé réaliser davantage de séances d'observation et de participer à plus d'ateliers théâtre organisés par l'ergothérapeute dans différentes structures de santé mentale.

³¹ A la différence du questionnaire, destiné à une population plus importante, qui lui est dit « quantitatif ».

III- Apports personnels et professionnels

Ce travail m'a permis de m'initier à la démarche de recherche et à toute la méthodologie que cela implique. Les divers travaux que j'ai réalisés durant mes années d'études m'ont amenés d'acquérir de l'expérience, à synthétiser et à structurer mes idées. Tant de points qui m'ont aidé à la réalisation de ce mémoire. Ce dernier m'a également appris à analyser des données suite à des informations que j'ai recueillies.

Aussi, pour réaliser ce mémoire il m'a été nécessaire d'avoir recours à des lectures et de mener des recherches. Cela m'a permis d'approfondir mes connaissances, notamment concernant la schizophrénie, le rôle de l'ergothérapeute en psychiatrie et auprès de cette population, la structure et les enjeux des relations sociales, et les divers apports du théâtre. Je suis persuadé que les différentes informations que j'ai pu lire (même si elles ne rentraient pas toutes dans ce sujet de mémoire) me serviront dans ma future pratique professionnelle.

Enfin, j'ai constaté que l'utilisation du théâtre comme une médiation en ergothérapie est encore peu connu. C'est pourquoi cette expérience m'a montré qu'il est important de se remettre en question puisqu'en quelques années, de nouvelles pratiques peuvent apparaître. Il est donc primordial d'évaluer et de faire évoluer notre pratique professionnelle.

Conclusion

Ce mémoire a été l'occasion pour moi d'allier mon futur métier avec ma passion, le théâtre. C'est-à-dire que je me suis intéressé à l'utilisation de l'improvisation théâtrale comme une médiation en ergothérapie auprès d'une population atteinte d'une maladie psychiatrique, en l'occurrence la schizophrénie. Aussi, pour ce mémoire, je me suis penché sur une approche psycho-dynamique, où l'activité est mise en avant et invite le patient à exprimer ses désirs, ses conflits internes, ses pulsions, ses défenses. Ce travail souligne mon intérêt pour le milieu psychiatrique et les problématiques sociales engendrées par la schizophrénie.

Pour réaliser ce mémoire, j'ai dans un premier temps réalisé une pré-enquête dans le but de savoir si des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie utilisaient le théâtre comme une médiation. Une fois que cela a été vérifié, j'ai alors réalisés diverses recherches et lectures qui m'ont permis de rédiger ma partie conceptuelle. Au sein de cette dernière, j'ai constaté que l'ergothérapeute utilisait diverses médiations en psychiatrie. Ces dernières pouvaient tout aussi bien se faire en mettant le corps en mouvement. Auprès des personnes atteintes de schizophrénie, l'ergothérapeute a un rôle de soutien, d'encadrant et stimule les capacités motrice et cognitive du patient. Il tend aussi à ce que la personne atteinte de schizophrénie s'inscrive dans son environnement et interagisse avec ce dernier. L'improvisation théâtrale, stimule les interactions et la communication entre les divers membres du groupe. Il est aussi facteur de stimulation cognitive. En cela nous pouvons supposer que l'ergothérapeute peut se saisir de cet atelier comme une médiation auprès des personnes atteintes de schizophrénie. L'enquête de ce mémoire montre que l'improvisation théâtrale est utilisée, auprès de cette population, par des ergothérapeutes comme toutes autres médiations. Néanmoins, cette médiation mettant en « jeu » le patient est complexe. Elle demande une maîtrise et des connaissances notamment sur le jeu théâtral et les interactions qui s'y opèrent dont tous les ergothérapeutes ne sont pas munis.

Ce mémoire questionne, d'une façon générale, sur l'utilisation de l'improvisation théâtrale en tant que tel, outre la technicité et la connaissance qu'elle requière. L'ergothérapeute doit prendre en compte divers éléments avant d'animer cet atelier, en particulier le patient et son état psychique. Ce facteur est essentiel dans le choix de cette médiation notamment avec des patients présentant une schizophrénie.

D'autre part, pour aller plus loin, nous pourrions nous demander si une formation au théâtre à visée thérapeutique est nécessaire pour les ergothérapeutes souhaitant proposer cette médiation. C'est pourquoi je pose la question suivante : L'ergothérapeute peut-il mettre en place un atelier de médiation pour lequel il n'a pas eu de formation au préalable ? A ce moment-là, je me questionne sur l'intérêt d'inclure la pratique théâtrale à la formation en ergothérapie, que ce soit pour son utilisation en milieu psychiatrique, comme en fonctionnel.

Bibliographie

- Alamowitch, N., Joseph, C., & Loubière, C. (2016). <http://www.psycom.org>. Récupéré sur <http://www.psycom.org/Droits-en-psychiatrie/Modalites-de-soins-en-psychiatrie>.
- AMPQ. (2019). AMPQ. Récupéré sur <https://ampq.org>: <https://ampq.org/info-maladie/schizophrenie/>
- ANFE. (2019). *Association Nationale Française des Ergothérapeutes*. Récupéré sur <https://www.anfe.fr/definition>
- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2013). *La dynamique des groupes restreints*. puf.
- Attigui, P. (1993). *De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*. Denoël.
- Attigui-Pinaud. (1991). L'appel du théâtre : Considération sur les amorces d'un processus de restructuration de la personnalité psychique. *Psychologie médicale*.
- Barrier, C. (2016). Etude expérimentale sur l'effet d'un animal médiateur en classe d'itep. *Dynamique de groupe et climat social de la classe*.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Armand Colin.
- Bost, G. (2014). *Etre ergothérapeute en psychiatrie*. érès.
- Bottéro, A. (2001). Une histoire de la dissociation schizophrénique. *L'Evolution Psychiatrique*.
- Bottéro, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique*.
- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire*. Fayard.
- Brossard, A., & Cosnier, J. (1992). *La Communication Non-Verbale*. Delachaux et Niestlé.
- Caria, A. (2016). <http://www.psycom.org>. Récupéré sur <http://www.psycom.org/Site-mobile/Soins-et-accompagnements/Organisation-des-soins-psychiatriques/Lieux-de-soins>
- Chaussé, M. (2014). *Etre ergothérapeute en psychiatrie*. érès.
- De Ketele, J.-M., & Roegiers, X. (2009). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observation de questionnaire, d'interview et d'étude de documents*. De Boeck.
- E. Roudinesco, M. P. (2006). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Fayard.
- Fanchette, J. (1977). *Psychodrame et théâtre moderne*. Buchet Chastel.
- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire 3ème édition*. Paris: Dunod.

- Fischer, G.-N. (2015). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Dunod.
- Jean-Augustin, N. (2003). *Développement des systèmes d'organisation*. Récupéré sur http://lirsa.cnam.fr/medias/fichier/dynamique_des_groupes__1262876103885.pdf
- Johnstone, K. (2013). *Improvisation & Théâtre*.
- Klein. (2014). *Etre ergothérapeute en psychiatrie*. érès.
- Klein, J.-P. (s.d.). Improvisation : identité et quête.
- Larousse. (2019). *Histoire du théâtre*. Récupéré sur https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/histoire_du_th%C3%A9%C3%A2tre/96913
- Larousse. (2019). *www.larousse.fr*. Récupéré sur Site web Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interpr%C3%A9ter/43813>
- Marc, E., & Picard, D. (2015). *Relations et Communications Interpersonnelles*. Dunod.
- Minet, S. (2006). *Du Divan à la Scène*. Mardaga.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie*. Solal.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Oury, J. (2007). Psychothérapie Institutionnelle. *Psychanalyse*.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (2017). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Livre de poche.
- Saoud, M., & d'Amato, T. (2006). *La schizophrénie de l'adulte*. Masson.
- Schizophrénie, S. Q. (s.d.). *www.schizophrenie.qc.ca*. Récupéré sur <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/causes>
- Tisseron, S. (2011, Janvier). Intimité et extimité. *Communication*, pp. 83-91.
- Tournesol, C., & Laridan, J.-P. (1999). Le théâtre dans l'espace de l'institution. *Soins Psychiatrique, les médiations*.
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.

Annexes

Annexe 1 : Observation au CATTP

Grille observation :

| Thème | Qu'est ce que j'ai observé ? (descriptions des faits, retranscription des discours) | Qu'est ce que cela m'évoque ? (notes personnelles, sentiment, questions, hypothèses) |
|--|---|---|
| les participants (cb ? qui ?) | | |
| le moment (heure ? date ?) | | |
| Le lieu (emplacement ? aménagement ?) | | |
| Les activités proposés (que font les gens ?) | | |
| Les conversations entendues (que disent les gens ?) | | |
| Les attitudes (comment sont les gens ?) | | |
| L'ambiance (atmosphère, relations) | | |

Notes prises sur une séance :

Séance d'1H30

Grpe de 6 + Psychomot + ergo + moi

- 1- Marche libre dans l'espace
 - i. Taper des talons
 - + : prendre conscience de l'espace, réveiller son corps, prendre conscience de son corps et des gens autour*
 - : peu de place*
 - Difficultés : ne pas rentrer dans les gens, se mettre en action*
- 2- échauffement du corps des pieds vers la tête
 - + : réveiller son corps, prendre conscience de son*
- 3- jeu de ballon
 - a. Chacun s'envoie le ballon en disant son nom puis en disant le nom de celui à qui on l'envoie.
 - + : apprendre les noms de chacun, le nom est le premier contact, la première étape pour connaître une personne + en nommant la personne et en la regardant dans les yeux il y a une véritable interaction*
 - : tendance à l'envoyer seulement au gens dont à retenu le nom pour certains*
 - Difficultés obs : retenir tous les noms, regarder dans les yeux pour certains*
 - b. Envoie du ballon avec une interjection, un son (Oh ! ah ! brrr ! sooooo !...)

+ : travaille de la spontanéité (échauffement) pour l'impro+ l'envoi du ballon permet de garder un rythme

- : certaine personne casse le rythme => appréhension de ne pas trouver quoi dire (trop rapide).

Difficultés obs : le rythme est propre à chacun, il est donc difficile pour certains de se coller à la dynamique, au rythme du groupe

- c. Envoie du ballon selon une humeur (tristesse, fatigue, colère, joie)

+ : travailler les différentes humeurs, les connaître pour savoir les interpréter et les identifier chez qqun. Le langage du corps en dit souvent plus sur une personne (ou du moment est plus sincère) que ce qu'elle dit

- :

Difficultés obs : pour interpréter les humeurs, parfois dis avec des mots plutôt que par l'ensemble du corps et de la parole

4- 2+1-1 (Boulangère)

- a. Le jeu commence à 3 puis un des 3 sorts, un autre rentre etc... jusqu'à ce que tout le monde passe.

- b. !!! Attention l'entrée et la sortie doivent se faire naturellement (trouver une excuse) difficulté ++

+ : savoir entrer en communication avec les autres et savoir en sortir. Savoir interpréter un personnage quelconque mais en lien avec la situation de départ et échanger avec les autres + certains patients plus à l'aise que d'autre « forçaient » la réplique avec ceux moins à l'aise

- : parfois qqun restait un peu en retrait mais il était « obligé » de participer pour entrer/sortir et jouer lorsqu'il se retrouve qu'à deux sur scène

Difficultés obs : pour trouver une excuse pour entrer et sortir. Certains ne savaient pas quoi dire sur scène (Lény). D'autre ont eu du mal à trouver une excuse pour sortir (Sylvianne) => Gênant pour elle ? Moment de solitude ? = importance dans discuter avec l'ensemble du groupe (le gpe à dit que ça ne le dérangeait pas et certains se retrouvaient un peu en elle dans ces moment. Soutiens et bienveillance du groupe important. L'expérience de chacun étant malade leur donne ce côté bienveillant ?)

5- 2+1-1 (personnages déjà inventés)

- a. Même principe

+ : utiliser des personnages déjà créés et de surcroît par les patients => doit s'adapter aux caractéristiques de ses personnages tout en impro

- :

Difficultés obs : pour adapter son comportement à celui du personnage. Pour suivre l'idée proposée par un des acteurs (ex : sylvianne qui joue la proprio ne comprend pas qu'on l'arnaque=> entraîne une situation drôle et intéressante mais Sylvianne ne la comprend pas et y participe malgré elle !!! attention : il est important de lui faire comprendre car ce manque de compréhension peut lui porter préjudice dans la vraie vie)

Annexe 2 : Guide d'entretiens

Bonjour,

Je suis Antoine GOURMELON, étudiant en 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil. Pour mon mémoire d'initiation à la recherche, je m'intéresse à l'utilisation du théâtre comme médiation ergothérapique auprès de personnes atteintes de schizophrénie.

Durant notre échange, pour vous guider, je vais vous poser quelques questions. Quel que soit votre raison, vous avez le droit de ne pas y répondre. Le but ici est d'avoir un échange libre.

Cet entretien, d'environ une heure, sera enregistré, si vous l'acceptez. Cet enregistrement me servira à l'analyse de notre échange. Il restera anonyme et sera supprimé par la suite.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

| Questions | Relances | Justification de la question |
|---|--|---|
| 1) Pouvez-vous vous présenter ? | <ul style="list-style-type: none"> - Age - date du diplôme en ergothérapie - les structures dans lesquelles vous avez travaillé (dates, pourquoi) | <i>Cette question me permettra de connaître l'expérience de l'ergothérapeute dans son métier de manière générale.</i> |
| 2) Quelles activités de groupes réalisez-vous ? | <ul style="list-style-type: none"> - pourquoi ce choix ? - depuis combien de temps ? - en faites-vous plusieurs ? - pour combien de patient ? | <i>Cela me permet d'orienter notre échange sur les séances de groupe et de savoir lesquelles pratique-t-il.</i> |
| 3) Comment en êtes-vous arrivé à utiliser le théâtre comme médiation ? | <ul style="list-style-type: none"> - Depuis quand ? - Dans quelle(s) structure(s) ? - Pourquoi ce choix ? | <i>Cette question me permet de connaître l'expérience de l'ergothérapeute plus spécifiquement au théâtre.</i> |
| 4) Quelles sont vos objectifs ergothérapiques pour lesquels cette médiation (le théâtre) est adaptée ? | - | <i>Ici je peux identifier le lien que l'ergothérapeute fait entre cette médiation et son métier.</i> |
| 5) Dirigez-vous cette médiation avec un ou plusieurs autres professionnels ? | <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi ? - Si oui, pouvez m'expliquer le rôle de chacun ? (ergo++) | <i>Cette question me permet d'échange sur le possible travail pluridisciplinaire et d'identifier le rôle de l'ergothérapeute pour répondre à un de mes objectifs d'enquête.</i> |
| 6) Comment le patient peut-il participer à l'atelier théâtre ? | <ul style="list-style-type: none"> - Suite à un accord avec le médecin ? - Proposition de l'ergothérapeute ou autres professionnels ? - Est-il recommandé pour tous ? | <i>Cette question me permet de parler du patient avant l'utilisation de cette médiation et de comprendre pourquoi l'on</i> |

| | | |
|---|---|---|
| | | <i>propose le théâtre comme médiation, à quelles conditions.</i> |
| 7) Cet atelier est-il un groupe fermé ou un groupe ouvert ? | <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi ce choix ? - Pensez-vous que cela impacterait le groupe si c'était différent ? pourquoi ? | <i>Cette question me permet de comprendre la forme de ces groupes.</i> |
| 8) Combien de patients font partie du groupe ? | <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce un choix de votre part ? - Quelle influence a le nombre de participants sur le groupe ? | <i>Cette question me permet de comprendre la forme de ces groupes.</i> |
| 9) Avez-vous des personnes atteintes de schizophrénie dans ce groupe ? | <ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous que le théâtre a un impact pour cette pathologie ? En quoi ? - Quels sont leur objectifs ? | <i>Cette question me permet de comprendre la forme de ces groupes et d'orienter l'échange sur la population de mon enquête.</i> |
| 10) Participe-t-il à cet atelier aux cotés de pathologies différentes ? | <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que cela a une incidence sur l'atelier ? Pourquoi ? - Une incidence sur les patients ? pourquoi ? | <i>Ici je m'intéresse à la formation du groupe pour comprendre comment celui-ci est dirigé.</i> |
| 11) Quel(s) jeu(x) mettez-vous en scène | <ul style="list-style-type: none"> - AVQ ? - Situation déjà vécu par le patient ? - Dans quel(s) but(s) ? | <i>Le but est de comprendre ce qui est concrètement mis en place dans cet atelier et le but recherché en tant qu'ergothérapeute, afin de répondre à mon objectif d'enquête.</i> |
| 12) Etablissez-vous un cadre lors de cet atelier ? pouvez-vous m'en parler ? | <ul style="list-style-type: none"> - Comment vous l'instaurer ? - Est-il important ? Pourquoi ? - Quelles consignes ? | <i>Cette question me permet de comprendre ce que l'ergothérapeute met en place pour établir le cadre et pourquoi le fait-il.</i> |
| 13) Pouvez-vous me détailler le déroulé d'une séance ? | <ul style="list-style-type: none"> - Echauffement ? - Exercices ? - Comment terminez-vous la séance ? débriefe à la fin ? | <i>Cela me permet de connaître concrètement en quoi consiste la séance.</i> |
| 14) Les patients jouent-ils avec une contrainte ? | <ul style="list-style-type: none"> - De lieux, d'attitude, d'émotion, d'expression ? - Pourquoi ? - Si oui, est-ce pour travailler un aspect précis ? pouvez-vous me donner un exemple ? | <i>Ici je m'intéresse aux consignes qui sont données aux patients lors de l'atelier.</i> |
| 15) Comment les interactions entre les patients se font ? | <ul style="list-style-type: none"> - Sont-elles orientées ? ou libres ? - Comment les perçoivent-ils ? - Intervenez-vous dans ces interactions ? | <i>Cette question me permet de voir l'attitude du thérapeute pendant l'atelier</i> |

| | | |
|--|--|---|
| 16) Chez un patient atteint de schizophrénie, observez-vous une évolution au niveau de ses interactions sociales depuis qu'il participe à l'atelier théâtre ? | <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, pensez-vous la décrire ? | <i>Le but est de répondre directement et précisément aux objectifs de mon enquête.</i> |
| 17) Utilisez-vous des évaluations ? | <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, lesquelles ? - Que permet(tent)-elle(s) d'évaluer ? | <i>Ici, je souhaite savoir de quelle manière l'ergothérapeute constate une évolution, ou non, de ses patients suite à cette médiation.</i> |
| 18) Avez-vous l'occasion de constater l'apport du théâtre dans la vie de tous les jours du patient ? | <ul style="list-style-type: none"> - De quelle manière ? - Comment cela se manifeste-t-il ? | <i>Je m'intéresse ici à l'environnement du patient et du suivi en ergothérapie.</i> |
| 19) Selon vous, quelles sont les limites du jeu théâtral ? | <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que le théâtre ne permet pas ? - Voyez-vous des points négatifs à cette médiation ? | <i>Cette question me permet d'obtenir un point de vue critique de l'ergothérapeute concernant cette médiation.</i> |
| 20) Avez-vous quelque chose à ajouter ? | <ul style="list-style-type: none"> - Eléments que nous n'avons pas évoqués ? | <i>Cette question ouverte permettra à l'ergothérapeute de parler d'autres éléments qui n'ont pas été abordés précédemment pouvant être intéressants pour l'enquête.</i> |

Annexe 3 : Entretien avec E1 retranscrit

E1: Allo?

Antoine Gourmelon: Oui allo? C'est Antoine, je vous appel pour mon mémoire.

E1: oui oui d'accord. Je suis prête à répondre à vos questions.

AG: Merci c'est gentils, je suis en troisième année à l'école de Créteil en ergothérapie et j'ai décidé de faire mon mémoire enfaite sur le théâtre utiliser comme médiation en psychiatrie. Et notamment auprès de personne atteinte de schizophrénie.

E1: C'est justement l'expérience que j'ai. J'ai pu le pratiquer pendant 13, 14 ans

AG: D'accord donc pour notre entretien je vais vus poser certaines questions, vous êtes libres de répondre, ou ne de pas répondre, comme vous voulez... Voilà ce sera un échange libre. Je pense que ça va durer 30 minutes à peu près si ça vous va. Avant de commencer est-ce que vous pourriez vous présenter un petit peu ?

E1: Alors je suis diplômée de 93 de l'école de [ville française], j'ai commencé ma carrière par un remplacement auprès des traumatisés crâniens dans un centre de rééducation et puis après rapidement j'ai travaillé en psychiatrie au CHU de [ville française]. C'est là où j'ai commencé la psychiatrie et je n'en suis jamais sorti. CHU de [ville française] pendant 1 année, et après j'ai eu un poste à [ville française] ou je travaille actuellement, cela fait 23, 24 ans. Je travaille dans le CHU de [ville française] dans un service de psychiatrie adulte, aussi bien en intra, qu'en extra hospitalier, aussi bien en centre hospitalier de jour.

AG: Donc vous faites les deux?

E1: Je travaille dans 4 unités dont des unités fermées, y a peu près 70 vies dans le service intra, et dans hôpital de jour CPJ, il y a une vingtaine de patients.

AG: Ah oui quand même, du coup vous faites des activités de groupes?

E1: essentiellement, de la médiation artisanale et artistique.

AG: C'est-à-dire ?

E1: Peinture dessin, toutes les activités manuels, enfin pas mal. Comme peinture sur objets, décoration sur objets, macramé...

AG: Pourquoi ce choix des activités de groupe?

E1 : Pour favoriser la sociabilité, les relations entre les patients, finalement dans la plupart des pathologies rencontrées, il y a quand même de gros problèmes relationnels et le fait de travailler en groupe permet de travailler cela. C'était mon choix. Maintenant on peut avoir des prises en charge avec très peu de patients selon l'état des patients. Petit groupe, des fois ils sont 2/3. Ça m'arrive aussi d'avoir de l'individuel, pas souvent.

AG : Et au plus, ça vous fait des groupes de combien ?

E1: Un groupe comme je faisais au théâtre, où là il y avait une dizaine de patients.

AG: Vous en êtes venu à utiliser le théâtre comme médiation?

E1: Personnellement je faisais du théâtre, du coup ça m'a intéressé de l'utiliser dans ma pratique professionnelle. J'ai suivi plusieurs formations.

AG: Ah vous avez eu plusieurs formations au théâtre?

E1: Oui, j'ai fait la formation de L'INFIPP, si vous connaissez le centre de formation qui est à Lyon. J'ai aussi fait la formation CEMEA qui est jeu dramatique en institution de soin. Formation de trois semaines à peu près.

AG: Vous avez pensé que le théâtre aurait pu être une médiation bénéfique pour la psychiatrie ?

E1 : Oui oui, je pense que ça permet d'aborder différentes difficultés des patients de manière plutôt agréable et ludique. C'était ça mon idée au départ.

AG: Vous aviez quels objectifs en tête par rapport à l'ergo

E1: Améliorer leurs capacités relationnelles et d'expression. Plutôt dans le sens des relations sociales.

AG: Toute seule ou en co thérapie?

E1: En co-thérapie avec une psychologue et 2 infirmiers, et parfois les internes qui participaient.

AG: Ah oui ça fait du monde! Et pourquoi choisir d'avoir plusieurs professionnels?

E1: C'est à dire que dans mon idée, dans l'organisation de mon activité, les co-thérapeutes jouaient aussi. Idée qu'il n'y avait pas de spectateur, uniquement moi car il fallait superviser les groupes, l'idée c'est qu'il n'y a pas de gens témoin, pour favoriser l'expression avec les soignants qui eux était dans le jeu n'avait pas le même regard

AG: Chacun avait un rôle différent au niveau professionnel ? C'est à dire quel rôle il avait?

E1 : le regard professionnel, le fait qu'ils soient actif et impliquer dans le jeu, ils n'avaient pas le même rôle que moi qui était en observation totale

AG : Vous restiez en retrait ?

E1: C'était composé de la façon suivantes on se réunissait tous et on choisissait au hasard un sujet. Les sujets étaient issus d'une foire au sujet, on faisait une séance ou tout le monde participait et mettait des idées de thème de jeu. Donc le jour venu on tirait un sujet et on partageait le groupe en deux sous-groupes, dans chaque sous-groupes, il y avait des soignants et des patients. Ils avaient 20 minutes pour préparer l'impro. Pendant ce temps de préparation ils devaient déterminer les rôles de chacun, le canevas de l'histoire qu'ils allaient après improviser. Pendant ces temps-là, je n'étais dans aucun groupe. Je supervisais l'avancé de la préparation. Et lorsque je voyais que les deux groupes étaient à peu près prêt, à ce moment-là on se retrouvait et chacun des groupes passaient l'un après l'autre devant l'autre. Après le jeu il y avait un temps de parole pour chacun. Voilà un peu comment c'était. J'ai oublié un truc important c'est qu'avant cette partie jeu, on avait une heure de travail sur le corps la respiration l'élocution, voilà il y avait quand même une activité commune.

AG : du coup les patients qui jouent avaient une contrainte particulière de jeu ?

E1: Alors la contrainte, enfin le cadre, imposé était de ne pas prendre son prénom, c'est-à-dire qu'il devait forcément avoir un rôle.

AG : pour quelles raisons ?

E1: Pour éviter de se mettre en scène soi-même, pour éviter de tomber plutôt dans le psychodrame. Ce qu'on recherchait c'est le jeu, et pour cela il fallait peut être prendre un rôle. Comme autre règle, ils ne devaient pas utiliser d'objets personnels durant la pièce. Pour éviter de se retrouver avec des objets ayant une balance émotionnelle forte

AG : ça aurait pu compromettre le jeu ?

E1 : oui voila

AG: D'accord, et par rapport à l'atelier théâtre, le patient participe sous recommandation du médecin?

E1: sur prescription médicale, mais dans les faits, certains patients ne voulaient pas participer et n'y participait pas. Au début c'était une activité qui se faisait en alternance avec une réunion institutionnelle. C'était une activité pour tout le monde. Si un patient ne voulait pas participer, il en parlait au médecin et ne participait pas.

AG: Et vous mettez quelle sorte de jeu en scène?

E1 : Souvent tiré de situation de la vie quotidienne, comme un dîner au restaurant, les courses au supermarché, un voyage à l'étranger.

AG: Quel est le but de faire ce type de scène de la vie de tous les jours?

E1: L'idée était surtout qu'ils arrivent à élaborer quelque chose, à construire une histoire. Il y avait là la volonté d'arriver à une construction avec une certaine cohérence, construction, une construction narrative, c'était un peu ça l'idée. L'objectif était d'arriver à exprimer des choses quand on n'est pas tout à fait soi, quand on est dans un rôle, et favoriser une expérience. Ce n'était pas non plus un jeu de rôle comme dans le jeu compétence. Je ne sais pas si vous connaissez ?

AG : Non je ne connais pas...

E1: On doit par exemple se retrouver avec des mises en situation ou on doit jouer patron/employé, ou des scénettes de mise en situation. Alors que nous dans le jeu dramatique c'était plutôt une idée de création.

AG : Atelier d'imprévision du coup plutôt ?

E1: Oui, mais avec un temps de préparation pour rassurer aussi...

AG: Il n'y avait de l'écriture pendant le temps de préparation ?

E1: non tout à l'oral

AG: Est-ce que vous rejouiez des choses d'une semaine à l'autre?

E1 : non jamais

AG: d'ailleurs, c'était Toutes les semaines?

E1: tous les 15 jours, et ça durait à peu près 2h

AG: Quelle est la forme du groupe ? Plutôt ouvert... fermé... ?

E1: ouvert, c'était selon la population de l'hôpital de jour qui peut être changeante. Donc enfaite je constituais les groupes avant la séance, sachant qui était là, qui était présente. J'essayais de répartir selon les possibilités de chacun. Je ne pouvais pas mettre dans un groupe tous les patients très difficiles. J'essayais de répartir selon les possibilités de jeux des patients.

AG: Donc les groupes étaient adaptés...

E1: Oui tout à fait. Ce qui était intéressant aussi c'était le temps de parole après le jeu

AG : oui, pouvez-vous m'en dire plus ?

E1: Le temps de parole n'était pas pour les spectateurs mais pour les gens qui venait de jouer. Ensuite, temps de parole global pour que tout le monde puisse s'exprimer, donner son avis, son ressenti.

AG: Enfaite ce temps de parole consiste en quoi?

E1: Apres le jeu chacun donnait son impression sur ce qui venait de se passer. L'intérêt de ce temps était qu'ils puissent intégrer leur propre personnalité, qu'ils puissent redescendre du jeu. Ça avait cette fonction-là essentiellement.

AG: ces ateliers étaient avec des patients en intra-hospitalier?

E1: Non, avec les patients de l'hôpital de jour, donc plutôt des patients stabilisé. D'ailleurs je pense que je ne l'aurai pas fait en intra.

AG : Ah bon ? Pourquoi ?

E1: Et bien c'est déjà très difficile en hôpital de jour et dans des phases où les patients ont plus de délires, entendent plus de voix ou se sentent plus persécutés, il me semble que c'est difficile, je ne dis pas que c'est impossible mais à mon sens ce n'est pas forcément le moment. C'est comme ça que je le ressens.

AG : Il y avait des personnes atteintes de schizophrénie dans ces ateliers ?

E1: Oui, c'est à peu près 80% de la population de l'hôpital de jour

AG: D'accord... et est-ce que vous avez observé une évolution au niveau des interactions pour les patients qui étaient atteints de cette maladie ?

E1: ah oui oui oui heu... oui on pouvait voir des patients très en retrait qui justement finissaient par être plus heu... expressif... heu... inventif... On avait aussi des patients qui étaient heu... plus actifs sur scène alors qu'au début ils étaient très en retrait ou choisissaient des rôles très passifs. Et au fil des semaines ils prenaient plus d'initiatives, aussi plus inventif...

AG: Et il y avait un nombre de séance limitée...ou minimale ?

E1 : Non non c'était libre et en fonction de leur durée d'hospitalisation à eux quoi enfin, si heu... ils continuaient à participer ça pouvait être sur des périodes assez longues... Après je ne sais pas ouais non... heu... oui je ... il y avait des... ce que je voulais dire c'est qu'il y avait des patients plus actifs dans le temps de préparation que dans le jeu lui-même... heu... tout le monde se révélait pas au même moment *rire*

AG: Ah oui?

E1: il y en avait au contraire qui semblait un peu passif au moment de préparation, pas très enfin.. ne donnait pas trop leur avis... très discret et puis par contre au moment du jeu étaient beaucoup plus présents

AG : Ok ... et après ça vous le travaillez pendant la discussion ou... ?

E1: Pardon je n'ai pas compris la... question...

AG: Vous dites qu'il y en a qui était plus actif heu en phase de préparation que dans le jeu mais ça du coup après heu vous en rediscutez avec eux après le jeu?

E1: alors soit on en discute avec eux, mais c'était plus des discussions entre soignant. sur comment ils participaient comment ils étaient tout ça ... voilà

AG: Une analyse... ?

E1 : ouais... parce que après évidemment il y avait un temps où nous... enfin les soignants, on se retrouvait et on faisait un peu une... Ouais une analyse...

AG : ouais

E1: enfin une analyse, c'est peut être un mot un peu grandiloquent *rire*

AG: *rire* Compte rendu?

E1: Ouais voilà un compte rendu et on se faisait part de nos observations.

AG: d'accord. Et vous en tant qu'ergothérapeute heu... est-ce que vous avez utilisé des évaluations pour cette médiation ou ...?

E1: Alors je n'ai pas trouvé, je n'en connaissais pas heu... je ne peux pas dire que j'ai utilisé un outil particulier heu... J'avais simplement, je faisais simplement un compte rendu écrit de chaque séance où je résumais ce qui s'était passé et... Très descriptif enfin... *tousse* et avec une trace des réels de chacun des jeux qui avaient été fait et des remarques qu'on avait pu observer voilà. Mais je n'ai pas eu d'autres outils.

AG: d'accord ok, et est-ce que vous avez eu l'opportunité de constaté heu... ce que le théâtre pouvait apporter dans la vie de tous les jours de ces patients..?

E1: heu... *rire* c'est un peu difficile ça... ça a été, c'était surtout, l'apport au niveau de la vie dans le service. C'était un temps de... une activité qui regroupait une grande partie du service... enfin des gens présent, et ça permettait... C'était souvent quand même source de rire, de bons moments ... de partage et heu et je trouve que... enfin il me semble que... Ce qu'on pouvait vraiment observer heu c'était l'apport que ça avait pour les relations entre eux quoi. Pour favoriser les relations entre les patients. Et aussi avec les soignants, parce que le fait de partager ces temps de jeux, ça permet de se découvrir un peu autrement et du coup il y avait des relations peut être plus... détendus. *rire*

AG : D'accord et est-ce que, selon vous, vous avez vu ou vous imaginé des limites heu au jeu théâtral...?

E1: Et oui, et ouais... enfaite il y a une période où c'est... la raison pour laquelle j'ai arrêté de faire cette activité enfaite c'est, il y a des raisons précises. C'est la population de notre, de l'hôpital de jour a peut-être un peu changé. On a peut-être eu plus de gens qui était pas heu... j'allais dire tant stabilisé que ça... qui sortaient assez rapidement du service d'intra et qui avaient des grosses difficultés à finalement heu rentrer dans le jeu. Ce qui est bien sur une difficulté je pense lier aux schizophrènes, c'est connu. Mais heu... On a eu une population je dirais vraiment beaucoup plus... Avec des symptômes beaucoup plus heu... apparents. Et du coup c'était plus les soignants qui jouaient que eux quoi...

AG : D'accord, ils étaient plus en retrait ?

E1: Ils étaient plus en retrait oui, ils n'accédaient vraiment pas au jeu... alors que toutes les années, enfin toutes les années ou j'ai pratiqué cette activité *rire* heu ce n'était pas le cas, mais il y a un moment où ça nous a semblé pas très adéquat par rapport à la population qu'on avait

AG: D'accord, et vous n'arriviez pas à les faire entrer dans le jeu... ?

E1: Non non. Même avec l'aide je dirais des soignants présents, même avec heu... des entrainements *rire* même avec tout ce qu'on faisait jusque-là heu... c'était, c'est devenu plus très adapté quoi. C'est notre observation en tout cas.

AG: Et pour finir est-ce que vous avez quelque chose à ajouter heu...des éléments qu'on n'a pas évoqués...

E1: Heu... Qu'est-ce que... *long silence* non je bah... je... je me disais quand même que c'était heu... que l'intérêt de cette médiation c'était quand même de pouvoir travailler beaucoup de choses... heu en une fois quoi, enfin en une fois, en une activité

AG: Ouais...

E1: on avait quand même heu... cette approche aussi corporel, sur la voix sur le souffle et tout ça heu... bonne... enfin je trouve un moyen de ... favoriser heu... vraiment heu... enfin d'aider à... à l'expression de gens qui sont souvent quand même très en retrait, qui parle très doucement qui... On a quand même pas mal de patients comme ça.

AG: Et juste heu... ça me fait penser, pourquoi est-ce que l'ergo serait nécessaire à cette médiation?

E1: Heu... je pense qu'un ergo formé *rire* je pense qu'on ne peut pas se lancer obligatoirement comme ça *rire* Je pense qu'il faut aussi avoir un peu heu... pratiqué sois même, et prouver ce que c'est que jouer... avoir réfléchi sur ce que ça implique, induit emmènes, nécessite pour nos patients. Après... Je me rappelle plus ce que je voulais dire *rire*

AG : Après en tant qu'ergo...

E1: Après en psychiatrie je pense que oui c'est justement cette intérêt de pouvoir heu... favoriser heu les relations entre patients dans une activité plutôt ludique, et je trouvais ça plutôt intéressant... je ne crois pas avoir bien répondu à la question *rire*

AG: Non mais si si ouais, une formation heu... vous dites que c'est mieux que l'ergo ai une formation en théâtre quoi... ?

E1: oui, enfin tout dépend comment on pratique quoi, j'étais dans une institution où il n'y avait pas de moyen pour aller dans un théâtre, travailler avec des comédiens qui peuvent aussi se faire, auquel cas la formation... peut être que, enfin... j'allais dire si on travaille avec des professionnels du théâtre on peut s'appuyer sur eux et leur technicité pour faire des choses...ça peut dépendre de là où on est *rire*

AG: et est-ce que l'ergo amènera pas le coté... l'environnement du patient heu... pour cette médiation ?

E1 : c'est à dire ?

AG : je sais pas je me demande si... est-ce que l'ergo qui prend en compte l'environnement du patient heu... est-ce que cette prise en compte, il l'applique au jeu théâtral ?

E1 : alors heu... bah... Je pense que ... *silence* je pense que je m'étais pas poser la question comme ça. *rire commun* Non mais je... Je ne sais pas. C'est une question intéressante, mais j'avoue que je ne m'étais pas posé la question *rire*

AG : d'accord, en tout cas si vous pensez qu'on a abordé les sujets principaux

E1: je serais curieuse de savoir si cette question vous ai venu parce que vous avez eu une expérience dans un stage?

AG: enfaite moi, pourquoi j'ai choisi ce sujet enfin... j'ai fait beaucoup de théâtre quand j'étais jeune, et donc pendant les cours à l'école, j'ai eu un réel intérêt pour les cours en psychiatrie... Et enfaite j'ai vu un reportage sur la clinique Laborde en psychiatrie, un reportage qui date d'il y a quelques année et justement ils utilisaient le théâtre comme médiation, alors il parlait pas du tout d'ergo...Mais du coup ça m'a donné l'idée d'associer les deux, et après je me suis renseigner pour savoir si ça existait, si des ergothérapeutes le faisais et donc oui...

E1: oui oui *rire* C'est vrai que je suis toute seule en tant qu'ergo là où je travaille donc je partage peu avec d'autre professionnels de ma profession mais heu...

AG: ouais au final il y en a quelques un qui font cela et ... et du coup j'avais fait des petites journées d'observation pour voir comment ça se passait et ... voilà là je me nourris d'expérience d'autres ergothérapeute.

E1: ouais, après je ne sais pas si il y a beaucoup de publications dans ce domaines...Souvent moi je me suis dit qu'il aurait fallu qu'on fasse un peu quelque chose...Souvent quand on a un peu la tête dans le guidon et ben ... *rire*

AG: il y a pas beaucoup de documentation d'ergo pur mais bon... pourquoi pas à faire ouais ! Bon bah merci en tout cas...

E1: enfin bon c'était... L'option de faire des jeux plutôt que de l'improvisation plutôt que des pièces étaient lié au fait qu'on avait un groupe ouvert sinon ça aurait pu être aussi intéressant de monter une pièce, de travailler des rôles, des textes et tout ça ça aurait pu avoir son intérêt

AG: c'est vrai que ce n'est pas la même chose

E1: surtout avec un groupe qui change, une durée qu'on ne connaît pas, ce n'était pas très applicable. C'est pour ça qu'il y a eu ce choix

AG: l'improvisation ça permet de travailler complètement autre chose... On ne travaille pas du tout les mêmes choses entre monter une pièce et...

E1 : ah non ça c'est sur... Je pense que ça aurait pu être complémentaire et je pense que ça aurait pu être intéressant pour le côté présentation et heu... représentation. Le théâtre c'est aussi joué devant d'autres gens... Et peut-être avec la possibilité de jouer... Parce que j'ai été dans des festivals ou dans des spectacles montés par des patients et c'était aussi très chouette d'avoir des « vrais » spectateurs j'allais dire, sortir de l'hôpital, d'aller se présenter dans un théâtre fin bref ça aussi ça pourrait être une aide pour un peu sortir du carcan hospitalier. Et être un peu plus intégré dans la vie de la cité.. cette aspect la m'aurait aussi intéressé mais bon... ça s'est pas fait tout à fait comme ça

AG: vous avez fait d'autres choses...

E1 : hum, mais bon c'est peut être comme ça pour le moment, peut être que je vais me relancer là-dedans *rire* En ce moment je suis plus dans des jeux neuropsychologiques

AG: ah oui?

E1: je travaille pas mal avec la neuropsychologue et on fait d'autres techniques mais je n'abandonne pas!

AG: faut pas ! Je crois que j'ai posé toutes les questions que je voulais...

E1: en tout cas si vous avez besoin d'autres.. Enfin si il y a des questions qui vous viennent n'hésitez pas à me rappeler.

AG: c'est gentils en tout cas, d'avoir été disponible comme ça, d'avoir pris le temps... Merci beaucoup

E1 : Il n'y a pas de soucis et puis bon courage

AG: bonne continuation a vous aussi

E1: Et puis éventuellement j'aimerais bien le lire le mémoire

AG: pas de soucis j'y penserai

E1: bonne soirée, au revoir

AG: bonne soirée au revoir !