

HAUTE ÉCOLE LEONARD DE VINCI

Institut d'Enseignement Supérieur

« Parnasse - Deux Alice »

Avenue E. Mounier, 84

1200 BRUXELLES

Département Ergothérapie

L'intérêt ergothérapeutique d'un atelier théâtre avec des patients psychotiques

Promotrice : Madame F. Bernard

Travail de fin d'études présenté
par **Aleksandra FIVE**
en vue de l'obtention du titre
de Bachelière en ergothérapie

Année 2006 - 2007

**“Le théâtre thérapeutique est une voie d'accès à l'exploration de l'inconscient,
à l'expression de la souffrance, l'expérience de la relation, et incite à devenir ce
que nous sommes, c'est-à-dire, soi, rien que soi, mais tout en étant un autre,
le temps d'une scène.”**

Serge MINET

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement à Madame Bernard, ergothérapeute et psychologue, ma promotrice ; Monsieur Oussangane, animateur à « La Clinique Fond'Roy ».

Je tiens à exprimer toute ma sympathie à l'égard de l'équipe du CAT et je leur dis encore une fois...merci !

Je voudrais également remercier les personnes et organismes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de fin d'études ; une pensée particulière pour mes parents et mes proches.

A tous, merci !

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	4
INTRODUCTION	7
1. PARTIE THEORIQUE	8
Introduction	8
1. La psychiatrie	8
La santé mentale	8
La maladie mentale	9
2. La psychose	11
Les différentes structures	11
○ La structure psychotique	11
○ La structure schizophrénique	13
○ La structure paranoïaque	16
○ La structure mélancolique	17
3. Art thérapie, théâtrothérapie et ergothérapie.	19
L'art thérapie	19
○ Généralités	19
○ Les moyens	21
○ Population et fonctionnement	22
○ Rôles et fonctions de l'art thérapeute	24
Le théâtre en art thérapie (théâtrothérapie)	26
L'art thérapie en ergothérapie	28
Les effets thérapeutiques	29
Conclusion	30
2. PARTIE ERGOTHERAPEUTIQUE	31
Introduction	31
1. L'ergothérapie et la psychiatrie	31
Définitions	31
Objectifs	32
Moyens	32
○ L'activité	32
○ Le cadre	33
○ La relation	33
2. L'activité théâtre en ergothérapie	34
Le court terme	34

Le long terme	35
3. Les objectifs ergothérapeutiques généraux concernant les patients psychotiques	36
Offrir un cadre structurant et sécurisant	36
Lutter contre l'inhibition psychomotrice	36
Améliorer le rapport à la réalité et à l'imaginaire	37
Lutter contre le sentiment de dépersonnalisation ou sentiment dissociatif	37
Faciliter l'estime de soi	37
Guider le patient en évitant tout maternage	38
Privilégier les activités d'échanges	38
4. Le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'activité théâtre	38
Le rôle de l'animateur	39
Le rôle de l'ergothérapeute	40
L'ergothérapeute en tant que co-animateur	41
Conclusion	42
3. PARTIE PRATIQUE	43
Introduction	43
1. Historique et présentation générale de « La Clinique Fond'Roy »	43
2. Présentation du CAT (Centre d'Activités Thérapeutiques)	44
3. Présentation de l'activité théâtre	46
Fonctionnement de l'activité	46
Les exercices d'échauffement	47
○ « Présentation »	47
○ « La claque »	47
○ « Bruits et sons »	48
○ « L'improvisation »	48
Le travail théâtral et de mise en scène	49
Les difficultés de l'activité	50
4. Le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'activité théâtre proposée au CAT	51
5. Les participants à l'activité	52
Présentation détaillée du cas clinique de Mr. H.	53
○ Evaluation formative	53
Identité psychosociale de la personne	53
Diagnostic médical	53
Antécédents personnels	53
- Antécédents familiaux	53
- Antécédents personnels et médicaux	53
Analyse des facteurs de risques	54
- Risques biologiques	54
- Risques liés aux comportements individuels et sociaux :	54
Analyse des facteurs personnels	55
Synthèse des problèmes	55
○ Planification	55
○ Exécution	56
Analyse de l'activité théâtre	56
- Analyse structurelle	56
- Analyse clinique	56
○ Evaluation sommative	57
○ Attentes et apports de l'activité	58
Les attentes du participant	58
Les apports de l'activité	58
Présentation détaillée du cas clinique de Mr. M.	59
○ Evaluation formative	59
Identité psychosociale de la personne	59
Diagnostic médical	59
Antécédents personnels	59
- Antécédents familiaux	59
- Antécédents personnels et médicaux	59

Analyse des facteurs de risques _____	59
- Risques biologiques : _____	59
- Risques liés aux comportements individuels et sociaux : _____	60
Analyse des facteurs personnels _____	60
Synthèse des problèmes _____	60
○ Planification _____	60
○ Exécution _____	61
Analyse de l'activité théâtre _____	61
- Analyse structurelle _____	61
- Analyse clinique _____	61
○ Evaluation sommative _____	62
○ Attentes et apports de l'activité _____	63
Les attentes du participant _____	63
Les apports de l'activité théâtre _____	63
Conclusions et intérêts de cette technique _____	64
<i>CONCLUSION</i> _____	65
<i>ANNEXE A</i> _____	66
Aptitudes reliées aux activités intellectuelles _____	67
Aptitudes reliées au langage _____	68
<i>ANNEXE B</i> _____	75
Aptitudes reliées aux activités intellectuelles _____	76
Aptitudes reliées au langage _____	77
<i>BIBLIOGRAPHIE</i> _____	84

INTRODUCTION

Ce travail de fin d'études développe l'application de l'ergothérapie dans le domaine de la psychiatrie. Bien que ce secteur ne soit pas la partie la plus importante du travail d'un ergothérapeute, il en est tout autant très intéressant et complexe.

Dans ce mémoire, le théâtre, activité artistique, rencontre la psychose, science inexacte. Il y a des années, ceci n'aurait pas fait l'ombre de la moindre alliance. Cependant, aujourd'hui, les pensées, les concepts et les utilisations de ces deux matières font l'objet de sujets de plusieurs auteurs. De plus, le théâtre est notamment une des activités qu'utilise l'ergothérapeute en tant que médium artistique dans le domaine de la santé mentale.

Le choix de ce sujet me tient particulièrement à cœur car il lie étroitement ma future profession à ma passion, le théâtre.

Dans un premier temps, le but de ce mémoire est de soulever les effets thérapeutiques probables de l'utilisation du médium théâtral avec des personnes psychotiques. Quels sont-ils ? Dans quelles conditions opèrent-ils ou n'opèrent-ils pas ? Je tente, dans un second temps, de cibler les différents rôles que pourrait remplir l'ergothérapeute au sein de l'activité théâtre.

Découvrir les théories existantes, les appliquer à ma future profession ainsi que les observer directement sur le terrain, sont les trois grands axes que j'ai choisis pour élaborer ce travail.

La première partie, théorique, est principalement consacrée à la psychiatrie et à l'art thérapie. J'y fait part, entre autres, de la description des différentes structures psychotiques ainsi que des effets thérapeutiques de l'art thérapie.

Dans la seconde partie, ergothérapeutique, je définis la façon d'utiliser le théâtre en ergothérapie, les objectifs généraux ergothérapeutiques concernant des patients psychotiques et le rôle spécifique de l'ergothérapeute au sein de l'activité théâtre.

La troisième partie reflète la pratique : celle-ci est essentiellement basée sur l'observation de l'activité théâtre proposée par le centre d'activités thérapeutiques de « La Clinique Fond'Roy », l'ensemble est soutenu par l'observation précise de deux participants à l'activité. Pour terminer, je conclus en définissant les intérêts probables de cette technique.



1. PARTIE THEORIQUE

Introduction

Dans cette première partie, je vous parlerai de la psychiatrie, de la psychose et enfin de l'art thérapie et de ses applications.

Le chapitre consacré à la psychiatrie comporte la définition de la santé mentale (l'individu sain) et la définition de la maladie mentale.

Dans le second chapitre, la psychose, je définirai en général ce qui caractérise celle-ci. Ensuite, j'évoquerai plus précisément chacune des trois structures suivantes : la structure schizophrénique, la structure paranoïaque et la structure mélancolique.

L'art thérapie concerne la matière du troisième chapitre, avec la théâtrothérapie et l'ergothérapie. Je définirai en premier lieu l'art thérapie : ses généralités, ses moyens, sa population et son fonctionnement, ainsi que ses rôles et fonctions. Un chapitre sera également axé sur le théâtre en art thérapie. Ensuite, l'art thérapie en ergothérapie et enfin, suivront les effets thérapeutiques.

1. La psychiatrie

La santé mentale

Il est bien difficile de définir le concept de « santé mentale », ainsi plusieurs auteurs se partagent les définitions suivantes.

L'O.M.S¹, dit ceci : « Etat, relatif plutôt qu'absolu, d'une personne. Le meilleur indice de santé mentale est la simultanéité des succès au travail, en amour et dans la création, ainsi que la capacité de résoudre, de façon adulte et souple, des conflits entre les instincts, la conscience, les personnes importantes affectivement et la réalité »².

Selon ROGERS : « La personne engagée dans un processus montre une ouverture à l'expérience, ne se sert pas de fausses défenses, fait preuve de précision dans la symbolisation, de congruence, de flexibilité, d'adaptation créative, a une affection inconditionnelle à l'égard de soi, procède à une vérification de la réalité, est en harmonie avec les autres »³. ROGERS dit que c'est un processus d'actualisation de soi.

Pour MASLOW, la conception de la santé mentale est : « L'accomplissement de l'actualisation de soi moyennant la compréhension de soi et la réalité, l'expression des émotions, la spontanéité, et la réalisation des buts de la vie »⁴.

¹ O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

² DAYEZ, *Théorie d'ergothérapie – Dysfonctionnements affectifs et comportementaux*, p. 8.

³ Ibidem.

⁴ Ibidem.

Ainsi la santé mentale n'est plus réduite à l'absence de maladie ou à la disparition des symptômes. Il ne s'agit plus de dire : « je ne suis pas malade, je suis donc en bonne santé ». Elle concerne plus fondamentalement une certaine qualité de vie intérieure, relationnelle et sociale, propre à chaque individu et à son contexte. Ainsi notre santé mentale est donc un état d'équilibre dynamique qui nous est propre. Cet état d'équilibre qui nous définit en tant qu'individu sain est le siège de diverses tendances de caractère qui s'équilibrent mutuellement. Tant qu'aucune de ces tendances ne s'exprime avec excès, l'équilibre dynamique de l'individu est harmonieux et l'individu fonctionne sans difficultés.

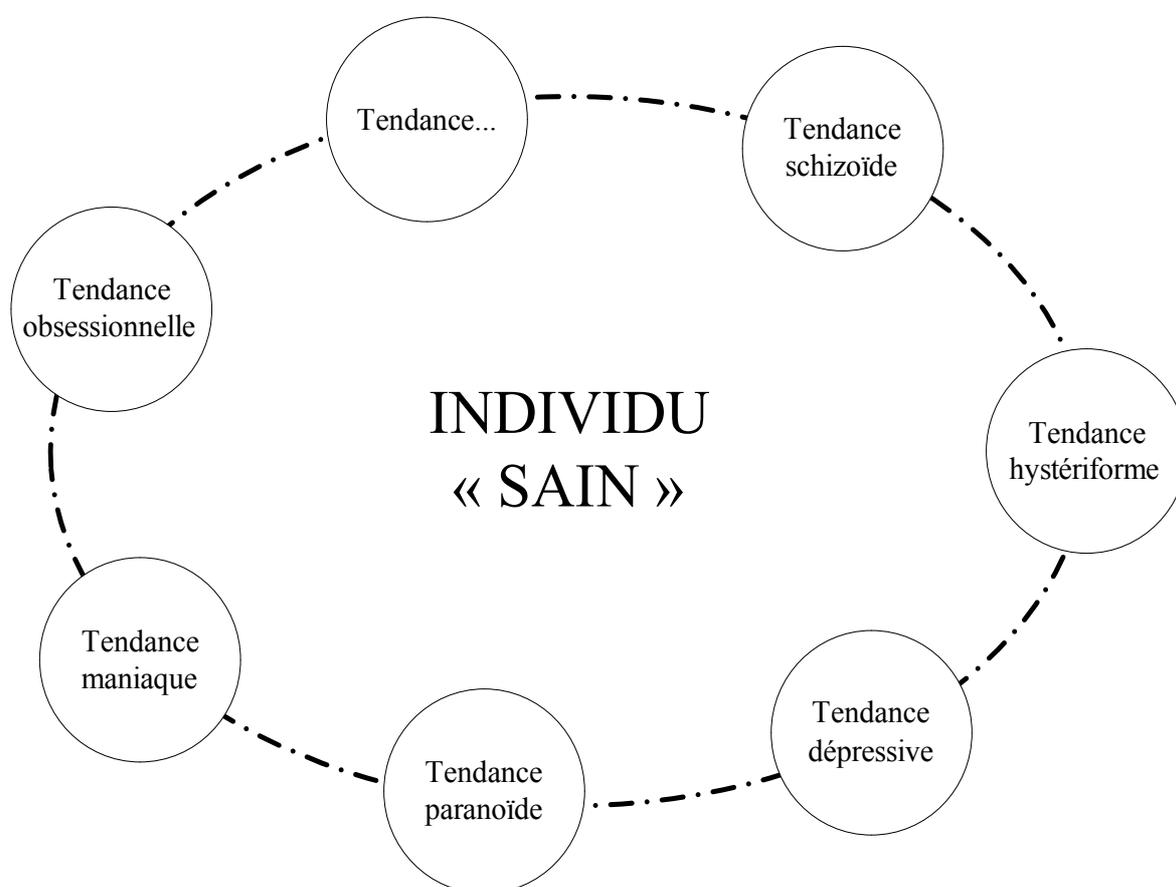


Figure 1 : « Etat » de l'individu « sain »⁵

La maladie mentale

Comment savoir que l'on est atteint de maladie mentale ? Qu'est-ce que la maladie mentale ?

⁵ Idem.

« La maladie mentale se caractérise par des manifestations psychologiques et comportementales et/ou une perturbation du fonctionnement liées à des troubles d'ordre social, psychologique, génétique, physico-chimique ou biologique»⁶.

On peut se poser la question suivante : « Comment savoir que l'homme devient un malade psychiatrique ? ».

Si l'on reprend l'idée que l'individu est sain lorsqu'il décrit un équilibre harmonieux entre ses diverses tendances (voir schéma ci-dessous), on peut dès lors en déduire que l'individu est atteint de maladie mentale lorsque cet équilibre se rompt.

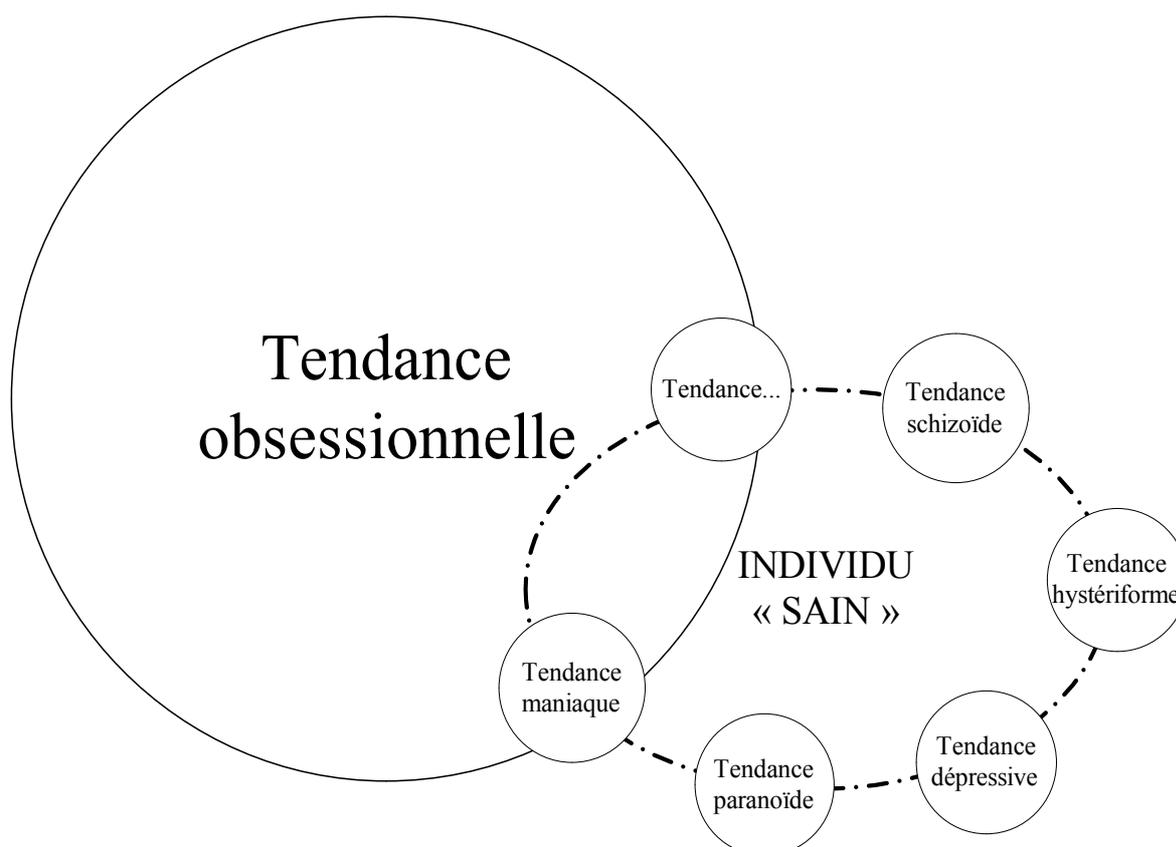


Figure 2 : « Etat » de l'individu qui développe une tendance pathologique⁷

Par exemple, on voit alors apparaître chez l'individu une tendance obsessionnelle excessive. Rappelons qu'il faut que cette tendance soit excessive pour ainsi faire basculer l'équilibre et empêcher l'individu de fonctionner sainement. Cela amène la personne psychiatrique vers diverses affections définies par l'approche psychiatrique clinique :

- Des troubles aigus : confusions mentales, bouffées délirantes, états anxieux paroxystiques, états maniaques, dépressions (réactionnelles, névrotiques, endogènes, ou mélancoliques.)

⁶ DAYEZ, Op. Cit., p. 9.

⁷ Ibidem.

- Des troubles permanents, réalisant les maladies mentales proprement dites : les névroses (d'angoisse, phobiques, obsessionnelles, hystériques), les psychoses (hallucinatoires chroniques), les déséquilibres psychiques ou les psychopathies (cadre flou auquel on peut associer les toxicomanes et les perversions), les arriérations mentales, les démences.

2. La psychose

Les différentes structures

- **La structure psychotique**⁸

Dans un premier temps, d'une façon caricaturale, un principe séparait la psychose et la névrose par la distinction pratiquement autosomique entre « ce qui délire », plus ou moins assimilé à la structure psychotique, et tout le reste plus ou moins assimilé à la structure névrotique.

Dans un second temps, d'apparence plus scientifique mais en réalité tout aussi peu démontré, ce même principe voyait chez le patient « psychotique », « [...] en gros, un trouble organique et inguérissable ; qu'on le soumette à un traitement quelconque ou qu'on le laisse sans soins (chez lui ou dans un « asile »), peu importait, car on ne connaîtrait aucun résultat avec un malade de cette nature. De l'autre côté, le patient dit « névrotique », était un malade dit « psychique », [...]. Un tel malade pouvait donc guérir ; mais « s'il le voulait »⁹.

De nos jours, les essais de classification du fonctionnement mental ont évolué. Pour J. BERGERET, « [...] la lignée psychotique prend son départ au niveau des frustrations très précoces tirant leur origine pour l'essentiel du pôle maternel, ainsi que des inductions pulsionnelles particulièrement toxiques sans pare-excitation suffisant »¹⁰. En effet, si l'on se base sur le schéma : « Genèse et évolution de la lignée structurelle psychotique », on peut lire que c'est au moment des deux stades oraux ou lors du premier stade anal, que la manifestation d'importantes carences et excitations toxiques très précoces amènent aux premières fixations d'une « préorganisation » psychotique.

⁸ BERGERET, La personnalité normale et pathologique.

⁹ Idem, p.65.

¹⁰ Idem, p. 68.

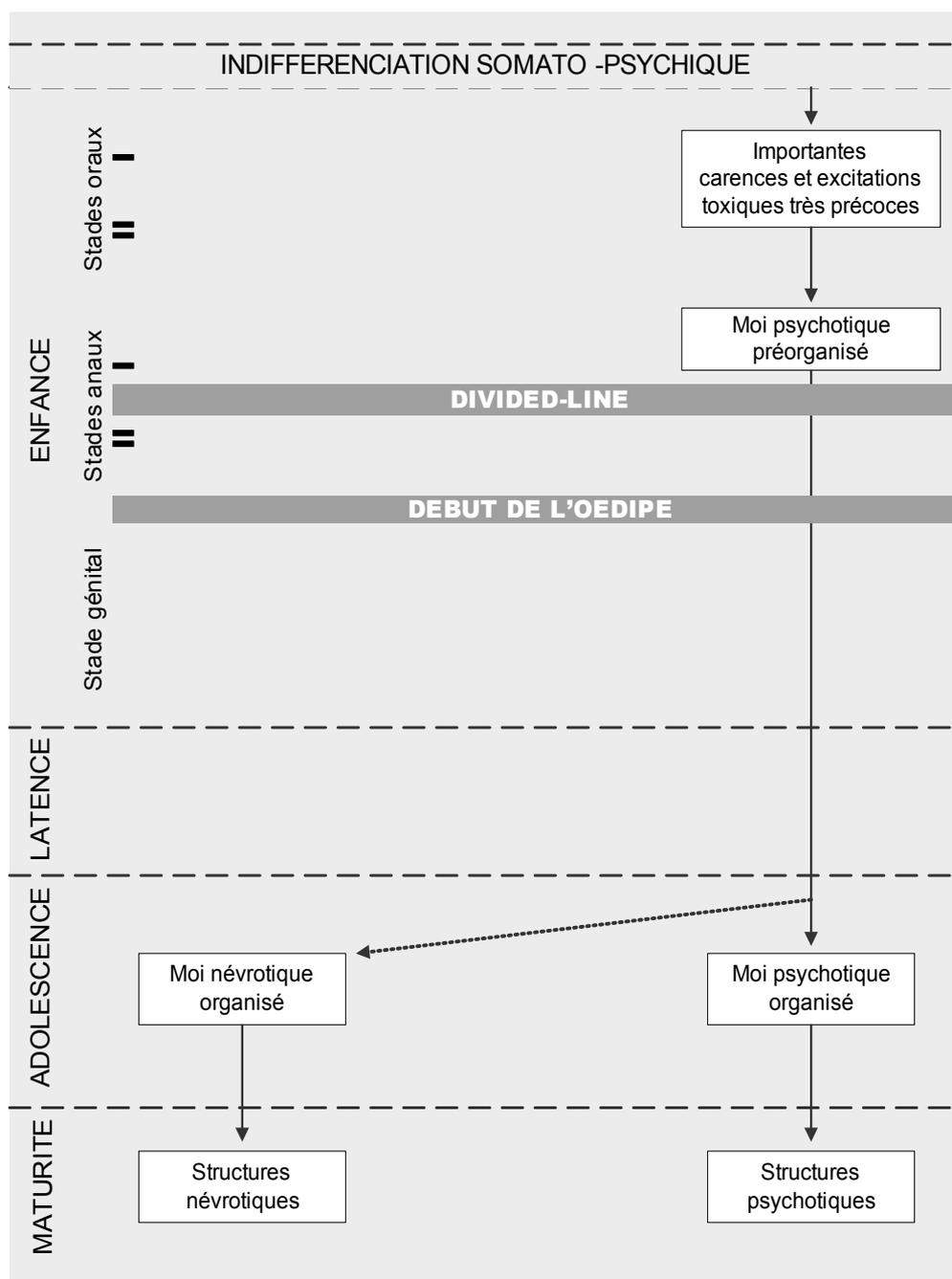


Figure 3 : Genèse et évolution de la lignée structurelle psychotique ¹¹

C'est ici que s'inscrit la « divided line » comme une frontière dans le temps, entre les fixations et régressions psychotiques d'une part, et, les fixations et régressions névrotiques d'autre part. C'est-à-dire que toutes les régressions et fixations placées en amont de cette ligne correspondraient aux structurations psychotiques : la schizophrénique, la mélancolique et la paranoïaque.

Et, en aval de celle-ci, correspondraient les structures de mode névrotique : obsessionnel et hystérique. Une période de latence sépare ensuite cette phase de

¹¹ Idem, p.71.

« préorganisation » de l'adolescence, pendant laquelle des bouleversements considérables sont possible.

En effet, l'adolescent, à ce stade important du développement affectif, peut se voir imposer une remise en question. A ce stade, le jeune individu pourrait subir des changements produits non sans raison profonde qui lui donneraient la chance de quitter la figure psychotique pour fixer la structure névrotique.

Dès lors, deux cas de figures pourraient se présenter : une première éventualité serait que l'adolescent entre en psychothérapie et que celle-ci donne un résultat heureux. Cette première façon est peu fréquente puisque d'une part, la psychothérapie s'avère difficile chez le jeune individu et, d'autre part, parce que bien souvent l'on considère que la plupart des problèmes peuvent se résoudre d'eux même à cet âge.

Dans un deuxième cas, l'adolescent fait une expérience affective spontanée et intense, ce qui lui permet de restituer le contexte intérieur et extérieur et de sortir de son complexe d'Œdipe. D'autre part, le plus fréquemment, l'adolescent va simplement poursuivre son évolution sur la ligne dans laquelle il était engagé, et fonctionner normalement selon une structure psychotique stable ; contrairement à n'importe quel autre adolescent qui pourrait tomber malade à la suite d'un traumatisme interne ou externe, et qui développerait alors une psychose dite pathologique.

○ **La structure schizophrénique**

Il n'existe aucune définition universelle admise de la schizophrénie. Selon M. ANTY, la structure schizophrénique est une « psychose d'évolution progressive comprenant la dissociation de la personnalité psychique »¹².

En effet, si l'on reprend l'étymologie¹³ du mot schizophrénie, on trouve sa signification en grec de « *skhizein* » : fendre et « *phrên* » : pensée, esprit. C'est aussi une affection qui groupe un ensemble de troubles tels que l'indifférence affective, l'ambivalence des sentiments et des actes, les troubles du cours de la pensée, les idées délirantes vagues et mal systématisées, la catatonie.

Il existe plusieurs variétés cliniques selon M. ANTY¹⁴ :

- l'hébéphrénie (schizophrénie du jeune adulte qui se situe sur les plans de l'affectif, du psychomoteur ou du comportement, et de l'intellectuel).
- l'hébéphréno-catatonie (schizophrénie qui atteint le jeune adolescent et qui va jusqu'à 30-40 ans où la catatonie est le principal trouble psychomoteur des manifestations cliniques).

¹² ANTY, Abrégé de psychiatrie, À l'usage de l'équipe médico-psychosociale, p. 121.

¹³ LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, p. 921.

¹⁴ ANTY, Op. Cit., p. 121.

- le délire paranoïde (schizophrénie avec prédominance paranoïde se situant vers l'âge de 35-40 ans).
- la schizophrénie simple.

Toutes ces variétés ont un syndrome dissociatif commun qui comprend :

- des troubles de l'affectivité : indifférence et désintérêt ; ambivalence des sentiments ; impression d'étrangeté.
- des troubles psychomoteurs : maniérisme ; ambivalence des actes ; catatonie.
- des troubles intellectuels : désordre de la pensée avec difficulté de l'association des idées ; la discordance des propos ; les barrages. Délires et hallucinations ; multiplicité des thèmes délirants et systématisation du délire. Mode de pensée autistique.

Cette maladie se déclare dans les premières années de la vie. Le début peut se faire soit de manière lente et progressive ou par des crises rapprochées, soit de manière brutale par un état psychotique aigu ou par des actes énigmatiques isolés (par exemple, une décision médico-légale). Son diagnostic est souvent difficile au début de l'évolution et son pronostic est d'autant plus mauvais que le début des troubles se situe plus précocement par rapport à l'âge. L'étiologie de la schizophrénie est mal connue. Selon la plupart des auteurs, la maladie reposerait à la base sur une altération profonde du cerveau ou de tout l'organisme. Ils parlent d'une perte de contact avec la réalité.

Selon M. ANTY, il existe différents facteurs étiologiques possibles¹⁵ :

- L'âge : en principe, le début se fait chez le sujet jeune ; le plus souvent à partir de la puberté jusqu'à 35, 40 ans.
- Le sexe : les deux sexes sont également touchés.
- La fréquence : plus de la moitié des malades mentaux internés sont des schizophrènes.
- Les facteurs héréditaires : la schizophrénie apparaît comme une maladie familiale. Elle est dix fois plus fréquente dans les familles où il y a des malades mentaux. Les enfants d'un parent schizophrène tombent malade dans 16 % des cas. Lorsque les deux parents sont atteints, ils deviennent dans 50 % des cas, des schizophrènes.
- Les facteurs constitutionnels : les particularités de la psychose se retrouvent dans les caractères essentiels du tempérament qui existait avant elle. Dans la plupart des cas, mais non de façon exclusive, il s'agit du tempérament schizoïde. Chez les schizoïdes, le contact avec les autres a toujours quelque chose de superficiel et d'inconsistant même s'ils paraissent a priori sociables. Ils se replient sur eux-mêmes, préfèrent la rêverie à l'activité extérieure, déploient un égoïsme froid et

¹⁵ Idem, p. 123.

un orgueil démesuré. Leur thymie oscille entre l'excitabilité et l'apathie. Il s'agit d'un sujet grand et mince, au visage le plus souvent blême. La cage thoracique est étroite et longue, les bras sont peu musclés et les mains graciles et osseuses. La démarche laisse apparaître une certaine raideur.

- Les facteurs de milieu : Les causes socio-familiales, notamment affectives, interviennent dans l'évolution de la maladie. Il n'existe pas de causes déclenchantes organiques qui soient spécifiques, elles peuvent être n'importe quoi (par exemple : un traumatisme peu grave).

D'un point de vue corporel, trois problématiques sont à préciser¹⁶ :

- La segmentarisation : la gestualité du patient est maniérée et hermétique. La discordance de ses gestes, de ses actes, et de ses disharmonies toniques, donne une impression d'étrangeté. On note chez le sujet une désorganisation praxique. Celui-ci évoque les fragmentations de son corps, chaque partie est indépendante des autres. Par exemple, le lancé de la balle est une action de la main, ou éventuellement du bras mais pas de l'entièreté du corps.
- Le clivage corps/esprit : le patient chosifie¹⁷ les deux côtés de sa personnalité. Les liens entre le corps et l'esprit sont abolis, par exemple : « Comment pouvez-vous m'écrire cela ? » et le patient répond : « Avec la main ». Ce n'est pas de l'ironie, le langage est concret, les mots sont les choses et non leur symbole. Quant à la chosification du corps, une partie du corps évoque un acte, une utilisation fonctionnelle : les jambes servent à marcher.
- Le formalisme de l'existence : le corps ne donnant pas un sens à l'existence, le patient se tourne vers son entourage pour qu'il lui donne les possibilités de comprendre et d'intégrer la réalité. Son existence se définit par rapport aux actions d'autrui. C'est son entourage qui permettra une structuration fragile de son identité. Les personnes schizophrènes appellent à l'aide, sont en demande fréquente et urgente d'affection, leur vie en dépend, ce sont les autres qui lui permettront de prendre des décisions et d'élaborer des représentations. Ils délèguent aux autres une demande de soins. Le schizophrène déficitaire ne se reconnaît pas d'existence propre et délègue à autrui toute son activité mentale. Il se réfère aux autres pour n'importe quel choix. Le patient voit une relation claire entre son identité et la menace qu'elle représente pour lui.

¹⁶ ANDRE, BENAVIDES, CANCHY-GIROMINI, Corps et psychiatrie, p. 57.

¹⁷ LE PETIT LAROUSSE – GRAND FORMAT, Chosifier : Opérer la transformation en chose de la simple représentation mentale, p. 914.

○ **La structure paranoïaque**

« L'étymologie de la paranoïa, para-nous, énonce qu'il s'agit de celui qui a « l'esprit tourné contre »¹⁸. Ces trois derniers mots décrivent bien le trait fondamental de la structure paranoïaque (également appelée le délire paranoïaque ou encore la paranoïa). Elle est effectivement caractérisée par un délire systématisé où prédomine l'interprétation et où les réactions sont fréquentes et violentes.

S. FREUD décrit très bien le cheminement qui se trame en trois étapes pour arriver au sentiment de persécution, lorsqu'il dit : « la première étape transforme par une négation de l'affect et un retournement de la pulsion « c'est lui que j'aime » en « non, je ne l'aime pas, je le hais », c'est alors que joue la projection, conjointement à un retournement de l'objet ; cette deuxième étape transforme alors le « je le hais » en « c'est lui qui me hait ».

Dans la troisième étape, enfin, le sentiment ainsi aménagé devient conscient et traité comme une perception externe motivant la position affective définitive : « Puisqu'il me hait, je le hais »¹⁹.

Les données étiologiques sont selon M. ANTY²⁰ :

- L'âge : c'est une maladie qui apparaît à l'âge mûr.
- Le sexe : il y aurait une légère prédominance dans le sexe masculin.
- Les facteurs constitutionnels : la prédisposition paranoïaque comprend la méfiance, l'orgueil et l'hypertrophie du Moi²¹, la susceptibilité, la fausseté du jugement et la psychorigidité.
- Les facteurs déclenchants : le caractère paranoïaque conduirait à la psychose par une transformation lente de la personnalité. Mais il s'y rajouterait généralement des facteurs psychosociaux qui jouent un rôle dans le déclenchement de la maladie. Certaines professions telles que instituteurs, gouvernantes, peuvent être génératrices de conflits entre milieu et activité professionnelle.

Pour M. ANTY, « le délire paranoïaque est caractérisé par le développement insidieux et de causes internes d'un système délirant durable, inénarrable, allant de pair avec la conservation de la clarté, de l'ordre, de la pensée, le vouloir et l'action »²².

¹⁸ BERGERET, Op. Cit., p. 80.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ ANTY, Op. Cit., p. 100.

²¹ LE PETIT LAROUSSE – GRAND FORMAT, Moi (psychanalyse) : dans la deuxième topique freudienne, instance distinguée du ça et du surmoi, qui permet une défense de l'individu contre la réalité et contre les pulsions, p. 698.

²² ANTY M., Op. Cit., p. 99.

On peut distinguer plusieurs délires mais le délire le plus courant étant le délire d'interprétation. La personne paranoïaque délirante ressent alors un besoin absolu de tout expliquer et de tout « déchiffrer ». Les thèmes des ses délires sont la persécution ou la grandeur qui peuvent être indépendantes ou intriquées.

On peut citer le délire de revendication (le malade se sent la victime d'une injustice vrai ou fausse et il cherche à en obtenir la réparation), les trois délires passionnels : le délire érotomanaïque (le malade se considère comme étant l'objet de toutes les pensées affectives d'une personne lui étant d'un rang social supérieur), le délire de jalousie (le malade est persuadé que l'objet de ses pensées lui est infidèle et élit la présence virtuelle d'un rival), et enfin le délire de relation (déséquilibre relationnel entre le malade et son entourage immédiat).

Quel que soit le délire des patients dits paranoïaques, ceux-ci sont convaincus d'une façon inébranlable de ce qu'ils avancent. Ils exposent ce délire avec grande cohérence, clarté et précision. Bien souvent, le délire est tellement structuré et logique, que pris hors contexte, celui-ci a toutes les apparences de la réalité.

○ **La structure mélancolique**²³

Le mot mélancolie²⁴ est emprunté au latin « *mélancholia* » lui-même transcrit du grec « *melankolia* » composé de « *melas* » qui veut dire noir et de « *kholé* » qui exprime bile. Le mot signifie donc étymologiquement la bile noire.

La mélancolie est une affection psychiatrique, dont le risque majeur est le danger de suicide, caractérisé par un début progressif et insidieux, les signes cliniques caractéristiques : l'humeur triste, le ralentissement idéo-moteur, les idées de suicide, de culpabilité et de ruine, la réticence qui est fréquente, les insomnies et les troubles digestifs responsables de la dénutrition sont présents.

Les facteurs étiologiques du syndrome mélancolique sont multiples et propres à chaque forme clinique. Ces formes cliniques peuvent se catégoriser en trois parties. Dans la première partie, on retrouve les formes sémiologiques qui sont : la mélancolie anxieuse (l'agitation anxieuse prend le dessus sur le ralentissement idéomoteur), la mélancolie stuporeuse (le ralentissement idéomoteur est réalisé à son maximum, il y a sidération des activités motrices de l'expression), la mélancolie délirante (soit avec des idées de persécution, soit avec des idées hypocondriaques).

Dans un second temps, les formes étiologiques sont : la psychose maniaco-dépressive (alternance d'accès mélancoliques et d'accès maniaques), la mélancolie d'involution (fréquent chez la femme d'âge moyen), et les formes symptomatiques (les états symptomatiques d'affections cérébrales ou générales et les états symptomatiques d'affections psychiatriques).

²³ Idem, p. 103.

²⁴ WIKIPEDIA – L'ENCYCLOPÉDIE LIBRE, adresse URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9lancolie>

Et dans un troisième temps, on retrouve les formes évolutives qui sont les délires chroniques post-mélancoliques.

Selon M. ANTY, il existe donc beaucoup de formes cliniques dérivées de la mélancolie. L'accès de mélancolie en général, sera expliqué plus en détail. Cet accès à un début insidieux et progressif. Pendant quelques semaines, le malade se plaint :

- De troubles de l'humeur : le patient se sent envahi par un sentiment d'insécurité, de découragement, de regret. Il devient sombre, pessimiste, sans élan, morose, et son humeur est triste.
- De troubles de l'activité : le malade se sent las, il n'en peut plus tellement il est fatigué et il est contraint d'arrêter de travailler. Sa volonté disparaît et il se désintéresse de toute distraction ou occupation. Il se sent envahi d'un malaise général avec cette impression de ne plus être comme avant.
- De troubles somatiques : le malade souffre de troubles du sommeil, il devient insomniaque. Il éprouve également des douleurs physiques pénibles (douleurs au corps, manque d'appétit, céphalées etc.).

Ce sont les signes caractéristiques déclencheurs qui peuvent amener le malade à être hospitalisé. Ensuite, la période d'état se développe en quelques semaines ou, plus rarement, en deux ou trois mois, et se caractérise par :

- la mimique : le visage devient très peu mobil et figé avec un air tragique et livide. Les traits dessinent l'obliquité des sourcils, l'abaissement des commissures labiales, le plissement du front ainsi que les yeux grand ouverts ou au contraire oblitérés par la chute des paupières.
- la tenue : le malade se déplace lentement le corps penché en avant et les yeux qui fixent le sol. Ses autres mouvements sont rares et montrent l'accablement de la personne.
- le contact : le malade reste comme engourdi et favorise très peu le contact avec les autres.
- le langage : l'initiative est rare et lorsqu'il y a réponse, celle-ci est brève, à voix basse, et très lente.

Ce syndrome mélancolique, une fois déterminé, comprend lui aussi quelques caractéristiques le définissant :

- les troubles de l'humeur montrent une hypothyrie (baisse de l'humeur) sérieuse qui se définit par de la tristesse morbide, de la douleur morale et de l'anesthésie affective.
- le ralentissement idéo-moteur (ou inhibition psychomotrice) qui se précise par de l'aboulie, et de la lenteur d'idéation.

- les idées dépressives mélancoliques qui peuvent aller des idées de culpabilités ou de mort jusqu'aux envies de suicide.
- les troubles somatiques déterminés par des signes physiques (insomnie, amaigrissement, aménorrhée...), des troubles digestifs, des signes cardiovasculaires, des perturbations instinctives (perte d'appétit).

Le syndrome pourrait soit disparaître définitivement et le malade retrouverait son état mental antérieur, soit il pourrait avoir de nouveaux accès qui aurait tendance à se rapprocher au fur et à mesure que le sujet avance en âge.

3. Art thérapie, théâtrothérapie et ergothérapie.

L'art thérapie

« L'art est le plus vieux médicament du monde et pour certains le meilleur »²⁵.

DURET M.

○ **Généralités**²⁶

« On pourrait définir l'art thérapie comme une psychothérapie à médiation artistique. L'art serait alors un moyen parmi tant d'autre, une technique au même titre que le médicament. En fait, l'art thérapie est bien davantage : elle interroge l'art comme elle interroge sur la thérapie, elle explore leurs points communs comme leur enrichissement réciproque dans une complémentarité étonnante pour nos mentalités contemporaines habituées au clivage de l'imagination et de la technicité »²⁷.

Lorsqu'on parle d'art thérapie, on peut s'attendre à découvrir différents courants. Tandis que les noms de Van Gogh, Antonin Artaud ou encore Camille Claudel étaient prononcés autrefois, certains insistaient sur l'équivalence entre folie et génie ainsi que sur l'incompétence générale de la psychiatrie à prendre en compte cette dimension (quand il ne s'agit pas de sa volonté perverse d'annihiler toute créativité chez le créateur). Pour d'autres, au contraire, les œuvres d'art comme les rêves trahissent les problématiques inconscientes de leur auteur et servent de tests projectifs qu'il s'agit, après apprentissage, de décrypter et de mettre éventuellement en relation avec des éléments de sa biographie ; d'autres voient lors de l'atelier macramé en hôpital psychiatrique ou encore chez les handicapés moteurs qui peignent avec leur pied ou leur bouche, l'effet dérivatif procuré par cette action.

²⁵ DURET, Les arts thérapies, première de couverture.

²⁶ KLEIN, L'art thérapie.

²⁷ KLEIN, idem, p. 3.

Mais certains ne voient alors qu'une approche première de patients inhibés dans le langage verbal, qui grâce à l'art thérapie accèdent à une cure psychanalytique en règle.

Ce sont tous ces différents courants dont la convergence fonde l'art thérapie.

Si l'on s'attarde à « l'art thérapie » en tant que « art » et « thérapie », on distingue bien deux concepts. D'un côté, « l'art » se définit par « l'ensemble des gestes précis concernant une pratique maîtrisée entre la science théorique et la pratique spontanée, autant pour l'art de la menuiserie que pour les Beaux-Arts »²⁸...et de l'autre, on retrouve « la thérapie »²⁹ qui signifie le traitement médical .

Et si on va plus loin, on découvre que pendant l'Antiquité, les arts dits majeurs étaient symbolisés par des muses au nombre de neuf. On peut alors appliquer la transition de sens et assimiler ainsi chaque muse à l'art qu'elle inspirait à l'artiste de créer : par exemple, la muse Polymnie représentait l'art d'écrire et la pantomime.

Pour J-P. KLIEN, d'une part, la terminologie classique consacrait originellement :

- Le premier art : la danse.
- Le deuxième art : le chant.
- Le troisième art : la poésie.
- Le quatrième art : la peinture.
- Le cinquième art : la sculpture.
- Le sixième art : le théâtre (l'architecture).

Tandis que, la terminologie actuelle comprend en plus :

- Le septième art : le cinéma et le théâtre.
- Le huitième art : la télévision et la photographie.
- Le neuvième art : la bande dessinée.
- Le dixième art : l'interactivité (le jeu vidéo et le multimédia).

Nous pouvons donc maintenant recomposer cet ensemble et le définir en tant que thérapie au moyen des arts, qu'ils soient peinture, sculpture, danse ou théâtre...ce qui rejoint la « thérapie avec média artistique » comme le définit plus haut J-P. KLEIN.

Il définit également l'art thérapie comme une « pratique de soins avec une médiation artistique » ce qui se rapproche peut-être plus du terme « médium thérapeutique » employé en ergothérapie.

Pour lui, l'art thérapie se décline en « art thérapie occupationnelle », « art thérapie expressive » et « art thérapie créatrice ».

La première pratique a pour but de lutter contre l'inaction et l'inactivité et de divertir.

²⁸ WIKIPEDIA – L'ENCYCLOPEDIE LIBRE, adresse URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Art>.

²⁹ LE PETIT LAROUSSE – GRAND FORMAT, p. 1053.

La seconde permet de se décharger des tensions, angoisses ou peurs vécues par le patient. L'expression permet l'extériorisation des émotions ressenties leur donnant ainsi vie et forme. Elle permet également au patient de sortir de son apathie et de son repli sur son monde intérieur douloureux. Au XIXe siècle, les psychiatres préconisaient parfois « l'art comme exercice détournant l'attention des aliénés de leurs idées fixes délirantes³⁰».

La troisième dans laquelle il est très important de souligner que ce n'est pas l'objet final (lorsqu'il y en a un) qui est important mais bien le chemin parcouru pendant sa création. Ici, ce sont les retombées bénéfiques de la production sur son producteur qui seront prises en compte.

L'art est donc bien ici considéré comme un médiateur, moteur d'une communication dont le but recherché n'est pas l'esthétique.

○ **Les moyens**

Il n'existe pas de recette scientifique sur l'utilisation de l'art comme moyen thérapeutique. Néanmoins, certains ouvrages peuvent nous orienter par rapport à ces théories et pratiques.

L'art thérapie s'adresse à tous les arts sans exception. D'une part, elle les transforme en voies de connaissances au sens large, et de développement personnel d'autre part, ce qu'ils n'avaient pas forcément comme vocation.

J-P. KLEIN distingue quatre positions par rapport à l'être humain et aux objets inanimés :

- Par exemple, les arts plastiques ne sont liés à l'homme que par la réalisation et une fois l'œuvre créée, l'homme peut disparaître, partir, mourir... Celle-ci est alors faite de traces objectivables et durables.
- D'autres approches nécessitent la présence de l'homme car sans lui elles n'existent pas. Par exemple, le théâtre et la danse, ici les corps y sont en jeu et interviennent significativement. Il s'agit des arts dits « vivants ».
- D'autres ont la particularité de nécessiter et la présence de l'homme et celle d'une chose. C'est cette rencontre, cette alliance qui fait symbole : il s'agit des marionnettes, des masques...
- Enfin, à part, J-P. KLEIN distingue les arts où l'être humain a besoin de lui-même comme de son propre instrument (par exemple la voix) ou faisant appel à d'autres instruments dont il joue (par exemple la musique)

Il nous est alors plus simple de visualiser les différents arts pouvant être utilisés en tant qu'outils à la thérapie.

³⁰ KLEIN, Op. Cit., p. 6.

○ **Population et fonctionnement**

De nouveau, nous ne pouvons pas affirmer que l'art thérapie convient mieux à certaines personnes qu'à d'autres, néanmoins, selon J-P. KLEIN, nous pouvons transmettre quelques conseils ou expériences vécues avec certaines populations.

Pour ce, J-P. KLEIN propose cinq « catégories » :

- Les adolescents :

Lorsqu'on travaille en art thérapie ou dans tout autre processus thérapeutique avec des adolescents, il est important de se rappeler que le jeune est en quête d'identité, qu'il veut devenir lui-même, sujet acteur de sa propre vie alors qu'il est l'objet de la transformation de son propre corps.

Il faut être très prudent lorsqu'on aborde un corps qui se cache ou, au contraire, qui s'exhibe de façon provocante. Il est important également de respecter ses défenses et de contourner ses résistances (ne pas prendre parti pour les adultes, ni le contraire). Inutile de se déguiser « en ado » dans une fausse identité car cela n'aidera pas l'adolescent à trouver la sienne. « Il faut éviter de se trouver dans une réalité trop prégnante qui n'a pas le même statut pour l'adolescent et pour le soignant. Celui-ci doit s'affirmer comme soignant mais ne pas se réduire à n'être qu'un écran neutre »³¹.

Et enfin, il est important de ne pas utiliser comme support pour la thérapie une « discipline » que le jeune a déjà bien apprivoisée, car s'il la connaît trop bien, celle-ci ne lui laissera plus aucunes surprises.

Les quelques exemples d'activités suivants pourraient ainsi être proposés à un adolescent :

- la création d'un personnage identificatoire par l'invention d'une bande dessinée (définition du décor, des projets, et obstacles rencontrés).
- le collage est une proposition intéressante pour celui qui se sent incapable de créer : le découpage (à la main ou avec une paire de ciseaux) de créations existantes (par exemple des photos de magazines) est un bon starter à une recomposition originale dont le contenu renvoie souvent aux modèles de beauté féminine et même masculine.
- la sculpture et le modelage ou la musicothérapie avec percussions.

Bien d'autres propositions peuvent encore être faites afin de réconcilier au mieux en lui le /je/ sujet et le /moi/ objet en relation conflictuelle chez l'adolescent.

³¹ KLEIN, Idem, pp. 90-91.

- La personne atteinte d'un handicap moteur ou sensoriel :

Comment opérer un dépassement de ces handicaps, de ces manques et de ces incomplétudes à l'intégrité corporelle, à la fonctionnalité, à la plénitude des cinq sens ?

Comment témoigner aussi de la singularité du handicap dont il est difficilement concevable aux non handicapés de percevoir le vécu ? La réponse tient en la sensibilité qui a les mêmes potentialités chez tous les individus. Il est même probable qu'une personne souffrant d'un handicap la développe davantage.

L'art thérapie comme création se présente ici comme la possibilité de positiver le handicap car elle ne se place pas sur le terrain du manque mais sur celui de l'être même, dans son expressivité globale. Elle permet de créer des échanges et d'ouvrir la communication.

- La personne atteinte d'une pathologie mentale :

L'art thérapie, grâce à l'intermédiaire de la création de l'objet, pourra faciliter la relation entre le patient et le thérapeute : en effet, la relation devient alors triangulaire et l'objet devient ainsi un prétexte à la communication.

Grâce à l'art thérapie, l'adaptation au réel se facilite : le sujet qui crée est « ramené » à une action qui se passe dans le « ici et maintenant » et l'objet crée fait bien partie de cette même réalité.

Elle permet également un déblocage de l'action : lorsque le sujet peint, sculpte ou joue..., il se met en action et se dynamise ; cette action lui permet donc de lutter contre l'inhibition physique.

Enfin, l'art thérapie stimule l'expression et l'imagination. Il ne s'agit pas de recopier ou reproduire des modèles, mais bien de créer quelque chose de nouveau qui vient de l'intérieur de soi.

- La personne âgée :

« L'âge n'arrête pas les créateurs, ils ou elles continuent sur leur lancée, mais il est possible aussi de devenir créateurs avec l'âge »³².

Ici, le contact avec l'art thérapie pourrait être vécu comme la nécessité d'une reconstruction rétrospective de sa vie, avant de la quitter. Des ateliers de créativité de peinture, de musique ou de sculpture en témoignent. Certains facteurs de création peuvent être retenus comme tels :

- Le désengagement aux tâches professionnelles
- La possibilité d'avoir le temps de réaliser de vieux rêves d'adolescents
- La nécessité de faire le point sur sa vie
- La relativisation de toute chose à l'important

³² VALABREGUE, L'art thérapie, p. 106.

- La redécouverte de l'enfant au travers de ses petits enfants

Remarque :

J-P. KLEIN affirme également que la création pourrait aider à écrire son testament (mot à multiples sens « témoignage », « dernières volontés », « alliance avec le sacré »), celui-ci étant l'obligation de vivre et de dire l'essentiel avant de partir puisque l'art peut être défini comme un lieu où l'essentiel peut-être montré pudiquement.

Tous ces éléments permettent de lutter contre la vieillesse qui pourrait être vécue comme un appauvrissement progressif, la découverte amère d'une solitude fermée ainsi que le rétrécissement social, corporel, affectif et intellectuel de la personne âgée.

- La personne souffrant d'un traumatisme grave ou étant en travail de deuil :

Les réactions mises en œuvre aux détours du traumatisme sont généralement insatisfaisantes. Soit on décide de se fixer sur l'évènement et d'en parler et cette évocation insistante réitérant le traumatisme devient vite insupportable. Soit, on essaye illusoirement d'occulter l'évènement, de proscrire tout ce qui pourrait le rappeler, à la limite, faire comme s'il n'avait jamais eu lieu et depuis S. FREUD, nous ne sommes pas sans savoir que « l'oubli » est un refoulement dans l'inconscient, source de souffrance mentale et de reproduction ultérieure.

« D'une part, parler trop de l'agression revient à la revivre ; d'autre part, l'oublier est impossible. Une réponse parmi d'autres est fournie par l'art thérapie qui propose d'exercer, comme un muscle, l'imagination, cette capacité naturelle de l'homme à conjurer ses peurs et à intégrer dans son inconscient tout ce qui le terrifie. Le travail respectueux au même titre qu'avec un grand brûlé favorise prudemment son expression (sans lui en dicter le contenu) sur des supports variés, dans le /il/ du personnage ou de la forme. Il faut d'abord se contenter de peu et progressivement, surtout si on ne cherche à la provoquer, des représentations terribles sont produites »³³.

- **Rôles et fonctions de l'art thérapeute**

Pour commencer, il faut savoir qu'il n'y a pas de formation type d'art thérapie, d'autant plus que la profession n'est pas reconnue en Belgique contrairement à ce qui se passe chez les Anglo-Saxons.

Cependant, les diversités universitaires mettent l'accent sur ce qui, pour elles, prévaut dans la pratique de l'art thérapie. On peut entrer en art thérapie par deux voies : dans le premier cas, il s'agit d'un soignant qui désire élargir ses connaissances et pratiquer ces

³³ KLEIN, Op. Cit., p. 64.

techniques, dans le second cas, plus rare, il s'agit d'un artiste qui souhaite aller plus loin dans la communication avec l'autre, vers le soin.

Tout thérapeute, qu'il le veuille ou non, transmet à la personne qui fait appel à ses soins une certaine conception des choses. Aussi bien une technique particulière (qui reflète d'un choix délibéré), qu'une conception de la nature du lien qu'instaure inévitablement cette technique entre « soignant » et « soigné » (ou analysant et analysé, animateur et animé, etc....) et qu'une conception générale des choses, de la vie, du corps...

Que la technique soit picturale, sculpturale, musicale ou théâtrale, le thérapeute ne peut s'empêcher de mettre en jeu quelque notion esthétique ou encore philosophique. Et, même pour ceux qui par choix résolu, se refusent à commenter les réalisations des patients, il ne peut y avoir de pure neutralité de la sensibilité et du jugement.

Et, même des notions telles que le sentiment de plaisir ou de déplaisir, d'accueil ou de réserve, ne peuvent s'empêcher d'être traduites d'une manière ou d'une autre, dans le contexte immédiat et la proximité que crée un tel atelier.

En bref, le thérapeute peut difficilement ignorer ce qu'il fait.

Il est très difficile de mettre en évidence les systèmes de références utilisables en art thérapie, néanmoins, les fonctions de l'art thérapeute ou du thérapeute, intervenant dans une groupe de non-spécialistes en théâtre, sont nombreuses : elles nécessitent une polyvalence de formation pour accompagner un groupe dans sa démarche de création et d'expression théâtrale.

Nous pouvons sans doute ici tenter de classer ces différents rôles³⁴ que peut « enfilier » l'animateur de théâtre :

- Rôle d'animateur de groupe :

Le thérapeute doit pouvoir gérer son groupe. Gérer son groupe veut dire non seulement, y installer un cadre thérapeutique, une structure, mais aussi une relation thérapeutique. L'animateur doit pouvoir prendre en compte le groupe dans sa globalité mais aussi pouvoir gérer une prise en charge plus spécifique d'une personne ou d'une autre qui se trouve à l'intérieur de ce groupe. Il s'agira de mettre en place une certaine dynamique de groupe propre au moment mais surtout d'en gérer les hauts et les bas. Le thérapeute se trouve à la disposition de son groupe.

- Rôle d'animateur ressource :

C'est par ce rôle que le thérapeute va préparer les comédiens au travail théâtral, à l'interprétation, à l'improvisation, aux règles et aux conventions théâtrales. Chaque exercice est expliqué et par une verbalisation, le participant est invité à s'exprimer sur son expérience, sa satisfaction, son émotion.

- Rôle de participant :

³⁴ Idem, pp. 171-176.

Le thérapeute, aussi comédien, connaît le plaisir de la création et du jeu théâtral. Il peut suivant la demande du groupe et avec discrétion, collaborer à la réalisation du projet en tant que comédien, technicien, machiniste ou encore maquilleur...

- Rôle de rédacteur :

L'animateur aide le groupe à rédiger le texte du scénario lors d'une création collective.

- Rôle de théâtralisateur :

Le théâtralisateur s'approche un peu du rôle du metteur en scène traditionnel, à la différence que, au lieu de donner ses directives aux participants en poursuivant son idée, le théâtralisateur lui, rend spectaculaire ce qui ne l'est pas dans son essence : une idée, un texte, un geste. Il discute avec le groupe de la mise en scène et le groupe décide et opte pour telle ou telle orientation.

- Rôle d'organisateur d'activités d'animation :

Ces activités peuvent se traduire par une rencontre entre les participants et le public. Il s'agit de discussions, de témoignages... Par ces activités, le comédien peut prolonger la signification du spectacle et vérifier l'écho qu'il a eu du public.

- Rôle d'aidant :

« Par son rôle d'aidant, le thérapeute répond à toute demande d'aide individuelle en créant un climat de confiance dans la relation d'aide. La relation d'aide est une relation particulière par laquelle une personne (l'aidant) accompagne par l'écoute et par la parole une autre personne (l'aidée) qui sollicite une assistance pour opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adapterait pas normalement. L'approche de la relation d'aide préserve avant tout la recherche de l'autonomie ; le but n'est pas de proposer des solutions mais bien de conduire la personne à une croissance qui lui permet de prendre en charge, elle-même, les solutions ou l'affrontement personnel face au problème présent »³⁵.

Lorsque nous lisons cette définition, le rôle de l'ergothérapeute prend tout son sens (Cf. Partie ergothérapeutique).

Le théâtre en art thérapie (théâtrothérapie)

« La théâtrothérapie est un modèle psychothérapeutique et de développement personnel qui s'appuie presque exclusivement sur le théâtre spontané, l'improvisation, l'apprentissage de techniques théâtrales, des conventions scénographiques, et la mise en parole analytique de l'expérience vécue »³⁶.

Le théâtre, rappelons-le, est un art dit vivant car il a la particularité de nécessiter la présence de l'homme puisque sans lui, il n'existerait pas. Celui-ci est un moyen privilégié de travailler

³⁵ MINET, Du divan à la scène, dans quelle pièce je joue ?, p. 176.

³⁶ Idem, p. 95.

l'expression et la créativité en milieu thérapeutique : les corps (corps concret et corps imaginaire) y sont en jeu et interviennent simultanément.

La pédagogie théâtrale pratiquée lors de l'utilisation du théâtre en art thérapie s'opère autour de deux axes : l'improvisation et l'interprétation.

L'improvisation va servir de source de spontanéité, d'exploration et de surgissement et va permettre aux participants « d'explorer leur imaginaire à travers la concrétisation de l'action sur scène, en rupture avec des modèles conventionnels »³⁷. C'est par le biais d'exercices, où il y a mise en action du corps, que les participants auront l'occasion de faire le lien entre l'imaginaire et le réel.

Bien sûr, la méthode d'improvisation peut être réalisée dans des conditions très variables mais dont l'apprentissage est nécessaire. Il faudra donc tenir compte de certains aspects importants pour le bon déroulement de l'activité :

- Le cadre : l'espace proposé est un espace conventionnel, sans décors, sans artifice d'aucune sorte. Il n'est ni trop petit car il risque alors de restreindre l'action motrice et de gêner l'émergence des affects ; ni trop grand pour éviter la fuite et l'égarément de participants. Cet espace est aménagé afin de délimiter l'espace ou l'estrade théâtrale qui définit l'espace de jeu de l'espace du public ; ainsi l'on marque très précisément l'espace entre le jeu et la réalité !
- Le matériel scénique est réduit au strict minimum afin de favoriser la représentation. Ce minimum d'artifice (costumes, objets, décors) permet également aux participants d'être convaincus de la primauté de l'aspect thérapeutique plutôt que artistique.
- Les thèmes ne sont pas préalablement choisis, et les attitudes critiques, sur la façon de jouer des participants ou sur la plausibilité ou non des scènes proposées, permettent la libre expression des affects.

Cette liberté d'expression est ainsi obtenue lorsque le cadre est posé et défini précisément, c'est alors qu'à l'intérieur de celui-ci, l'accès à l'imaginaire, au fantasque, à la dérision, au plaisir et tout ce que l'on peut encore imaginer, est autorisé.

Lors des improvisations, tous les outils sont permis : la voix, le corps, la parole, le rythme, les sons, le mouvement etc.

L'interprétation se pratique plus lors de l'utilisation du support de texte. Les différentes méthodologies dépendent des institutions et des thérapeutes :

- soit le thérapeute monte un projet avec ses participants (avec ou sans spectacle),
- soit le thérapeute décide simplement d'utiliser le texte comme outil théâtral et thérapeutique sans viser une quelconque représentation.

Dans le premier cas, le texte est alors présenté et découvert par tous les participants, et ensuite appris. Bien sûr, cela ne doit pas ressembler à une corvée d'apprendre le texte (bien que cela puisse être un véritable challenge pour certains) mais plutôt être compris comme ayant pour le but de ne pas être gêné par le support papier. Lorsque le texte est appris, il va être analysé, interprété, décortiqué... Il

³⁷ Idem, p. 97.

pourra alors servir de départ à des improvisations qui tentent de faire découvrir le personnage au participant, par exemple.

C'est aussi à ce moment que les techniques de mise en scène et d'interprétation sont abordées. Le thérapeute dirige les participants vers certaines façons de dire le texte ou de bouger sur scène.

Le fait d'utiliser la parole comme support rassure certaines personnes et, au contraire, en effraie d'autres. Pour cela certains exercices de paroles (répétitions, articulations...) peuvent être proposés afin de familiariser le participant avec l'usage de la parole. C'est pourquoi, dans le cas contraire, certains se sentiront plus à l'aise lors des échauffements ou improvisations « muettes ».

Le théâtre utilisé ici comme technique d'art au service du soin permet « d'entreprendre en vue d'un changement ou d'un aménagement intra psychique plus confortable, ou plus heureux, non pour devenir conforme à la norme, mais bien pour être soi-même »³⁸.

L'art thérapie en ergothérapie

La thérapie par l'ergon³⁹ est un concept qui définit l'ergothérapie en psychiatrie.

Cette thérapie, qui signifie « l'agir », permet au sujet (patient client) de devenir acteur de sa thérapie par l'action de création de l'objet⁴⁰ : l'individu devenant alors sujet. Cette action, par cette thérapeutique, amène à la revalorisation sociale et à la réadaptation à la réalité.

Le but ici n'est pas de se focaliser sur l'objet créé mais bien sur l'acte de création. « Ce qui est important c'est ce qui se passe pendant sa construction, ce qui est en mouvement, transfert dans le cadre mis en place. C'est ça, l'art thérapie »⁴¹, dit A. BOYER-LABROUCHE.

La finalité de la séance ne laisse donc souvent aucune trace autre que celle de l'élaboration. Dans l'art thérapie, le statut de l'œuvre peut être différent selon les orientations de l'art thérapeute qui met en scène le projet, mais bien souvent, il privilégie l'objet en train de s'élaborer, l'œuvre devenant alors témoin d'un moment créatif privilégié et intimement lié à la vie psychique de son créateur.

Cette réalisation de l'objet est le projet commun qu'ont l'ergothérapeute et le patient acteur. Bien sûr, le patient peut parfois se sentir un peu perdu, mais l'ergothérapeute est là pour lui donner des conseils, lui montrer des techniques et lui permettre de progresser et évoluer.

L'existence de cet objet fait également partie intégrante du projet ergothérapeutique. Ainsi, selon un projet qui serait de retrouver une certaine estime de soi, ou bien, d'accéder à l'expression de soi ; la notion d'esthétisme pourra parfois prendre son importance auprès du patient. Cet objet ainsi créé devient alors le lien entre le patient et l'extérieur. L'ergothérapie retrouve alors son sens à travers l'aspect socialisant de ses caractéristiques.

³⁸ Idem, p. 98.

³⁹ La thérapie par l'ergon est un courant provenant de l'école psychanalytique de Genève.

⁴⁰ Cet objet est pris au sens large du terme puisqu'il peut aussi bien être une improvisation ou un morceau de musique.

⁴¹ BOYER-LABROUCHE, *Manuel d'art thérapie*, p. 9.

Les effets thérapeutiques

Pour S. FREUD et J. LACAN, « La guérison vient par surcroît, comme latéralement, sans qu'on ait à le vouloir »⁴².

Il est vrai que dire que l'art thérapie peut se prévaloir d'être une activité directe de la guérison, serait une ambition élevée.

R. FORESTIER dit : « Si le médecin peut agir directement sur le symptôme ou sur la cause avec des effets quelques fois presque immédiats, l'art thérapie ne pourra dans ce cas que, modestement et éventuellement, soulager une douleur par l'investissement dans une activité artistique »⁴³.

Ces effets thérapeutiques pourront faire preuve à long et moyen terme de la prise en charge.

Ceux-ci sont bien entendu différents selon la pathologie du patient, selon la pratique théâtrale abordée, selon le patient lui-même etc. Dans ce chapitre, nous nous attarderons sur les effets positifs et thérapeutiques de l'utilisation de l'activité théâtre avec des patients souffrant de psychose.

Le théâtre, comme les autres médiations artistiques, peut aider un sujet en difficultés à se construire et à se développer. Le théâtre, c'est avant tout, s'exprimer, se divertir, trouver du plaisir et une satisfaction personnelle.

Le théâtre propose un travail sur le corps, puisque celui-ci est l'instrument même de l'acteur. Cette relation au corps est donc directement mise en jeu dès lors où le patient devient comédien. Pour le psychotique (qui perçoit son corps comme morcelé : syndrome dissociatif), ce rapport se voit amélioré par la maîtrise motrice, le développement du schéma corporel et en posant les limites spatiales. La conscience du « Je sens que j'ai un corps » et son acceptation peuvent ainsi être développées à travers cette activité théâtre.

Outre ce travail d'expression corporelle, le théâtre offre également la possibilité d'un travail sur l'expression verbale et sur l'imagination, ainsi que sur la stimulation de la créativité.

Au niveau des fonctions mentales, le théâtre peut aider à réentraîner l'attention, la concentration et la mémoire par le biais de certains exercices durant les échauffements, par l'apprentissage d'un texte, ou encore par le jeu théâtral en lui-même.

Le travail de texte (lorsqu'il est utilisé) permet le travail du langage verbal : l'amélioration de l'articulation, de la prononciation⁴⁴, mais aussi un travail lié à l'interprétation et le jeu.

Au travers de l'activité théâtrale, il s'agit aussi d'accéder à une meilleure connaissance de soi. Dans le « faire semblant », l'individu est forcé d'observer les autres ainsi que lui-même pour se contrôler et vérifier si son semblant à l'air vrai. Par ce fait, le comédien apprend à se connaître mieux.

⁴² FORESTIER, Tout savoir sur l'art thérapie, Créer pour mieux vivre. L'importance de l'art, de l'équilibre, une référence scientifique et un guide pour tous, p. 72.

⁴³ Idem, p. 86.

⁴⁴ Notons toute fois que certains médicaments (neuroleptiques) peuvent donner des effets secondaires tels que une mauvaise prononciation qui peut parfois beaucoup indisposer une personne, il est important d'en tenir compte.

C'est aussi un travail de spontanéité par lequel « l'individu évacue son stress, ses conflits, et purifie en quelque sorte son corps et son esprit »⁴⁵. Cela peut être associé à l'effet cathartique⁴⁶ de la pratique théâtrale.

L'activité théâtrale est aussi un lieu de reconnaissance et d'image de soi : par le regard des autres, l'individu peut se sentir reconnu et valorisé (applaudissements). C'est un moment où on ne parle pas de la maladie de la personne, celle-ci se voit donc reconnue comme une personne à part entière et non comme un « psychotique » ou un « schizophrène ». Cela permet de s'affirmer en tant que personne (comédien qui plus est) et de mettre sa maladie entre parenthèses.

Par le travail en groupe, on retrouve le travail d'appartenance à ce groupe et la place que l'on y occupe aide à l'identification de l'individu. C'est aussi un endroit de respect des autres et de leur travail, d'entraide, de soutien mutuel etc.

Un atelier théâtre s'ouvrant aux personnes en difficultés psychiques permet un travail de confrontation avec la réalité, surtout chez les patients psychotiques. Paradoxalement aux pensées générales, le travail sur l'imagination que l'outil théâtral offre sans cesse, permet à l'individu de travailler sur la réalité. L'accès au réalisme se traduit de nouveau par le « faire semblant » : « plutôt que de création, il s'agit de recréation d'un monde familier, qui, en raison de la pathologie est devenu angoissant et hostile. A travers l'histoire commune dans laquelle chacun se trouve une place, le monde familier redevient familier »⁴⁷.

Enfin, le théâtre offre également l'occasion de prendre distance par rapport à sa maladie, d'oublier quelque peu le stress lié à son vécu en tant que patient malade. C'est aussi prendre le temps de prendre du plaisir pour accéder à un « mieux être » et un « mieux vivre ».

Conclusion

En conclusion, au cours de cette première partie théorique, j'ai tenté de définir la santé mentale et ce qui la différencie de la maladie mentale.

Ensuite, j'ai présenté la psychose en général et tenté de développer chacune de ses structures plus précisément. Cette analyse me servira à établir dans la deuxième partie ergothérapeutique, des objectifs généraux ergothérapeutiques concernant les patients psychotiques.

Quant à l'art thérapie, présenté dans un premier temps d'une façon générale, j'ai souhaité l'évoquer ensuite plus particulièrement en tant qu'activité théâtre avec ses effets thérapeutiques. Ce médium artistique est utilisé en art thérapie et je le développerai en tant que médium ergothérapeutique dans la seconde grande partie de ce travail.

⁴⁵ MINET, Op. Cit., p. 155.

⁴⁶ LE PETIT LAROUSSE – GRAND FORMAT, *Catharsis (psychanalyse)* : décharge émotionnelle libératrice, liée à l'extériorisation du souvenir d'évènements traumatisants et refoulés, p. 213.

⁴⁷ BOYER-LABROUCHE, Op. Cit., p. 31.

2. PARTIE ERGOTHERAPEUTIQUE

Introduction

Dans cette deuxième partie, je vous parlerai de l'ergothérapie et de la psychiatrie ; j'en donnerai quelques définitions, j'énoncerai les objectifs ainsi que les moyens dont elle dispose tels que l'activité, le cadre et la relation.

Dans l'activité théâtre en ergothérapie, second chapitre, j'ai décidé d'orienter mon travail selon deux axes : le court terme et le long terme. Ceux-ci sont, après définitions, seront illustrés.

Le troisième chapitre qui concerne les objectifs ergothérapeutiques développera plus particulièrement les objectifs généraux par rapport aux patients psychotiques.

Enfin, je terminerai par définir le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'activité théâtre. Pour ce faire, je vous parlerai dans un premier temps, du rôle de l'animateur, dans un second temps, du rôle de l'ergothérapeute, et, enfin, je préciserai le rôle de l'ergothérapeute en tant qu'animateur.

1. L'ergothérapie et la psychiatrie

Définitions

Comme le définit l'Association Suisse des Ergothérapeutes, l'ergothérapie en psychiatrie est « [...] indiquée auprès des personnes qui sont diminuées dans leur capacité d'action, leur compétences relationnelles et sociales, en raison des troubles psychiques dus à une maladie organique, de perturbation du développement psycho-affectif, de circonstances sociales extérieures déficientes et traumatisantes »⁴⁸.

L'ergothérapie en psychiatrie s'adresse à des individus en difficulté dans leurs rapports au monde, aux autres et à eux-mêmes. Leur relation à la réalité et à ceux qui en font partie les perturbent, quelle que soit la nature de leur(s) trouble(s) (névrose, psychose, dépendance aux médicaments ou à l'alcool, dépression...).

En psychiatrie, l'ergothérapie se définit notamment, comme étant la thérapie par l'ergon.

Ce concept est défini par I. PIBAROT : « La thérapie par l'ergon, c'est la thérapie par l'acte, c'est-à-dire par le travail considéré comme action sur et avec la matière, symbolisant l'environnement.

Cet acte favorisé par l'ergothérapeute dans une situation de jeu avec des objets permet à l'individu de devenir sujet. Dès qu'il commence à transformer un objet, le malade devient sujet de l'acte qu'il entreprend. C'est bien dans l'ergon, c'est-à-dire dans l'agir agissant qu'est le lieu thérapeutique, c'est l'ergon qu'il représente, il fait passer l'individu d'un état d'objet passif à un état de sujet actif»⁴⁹.

⁴⁸ ASSOCIATION NATIONALE SUISSE DES ERGOTHERAPEUTES, adresse URL : <http://www.ergotherapie.ch/index-fr.php?frameset=41>

⁴⁹ DAYEZ, Op. Cit., p. 4.

Il semble que l'ergothérapeute soit là, en tant que « metteur en scène » pour répondre aux besoins du patient et lui permettre d'accéder au désir. Ce désir de réaliser quelque chose est le projet vers lequel l'ergothérapeute va tenter d'amener l'individu.

Objectifs

D'un point de vue global, les objectifs en santé mentale définis par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes⁵⁰, sont :

- La connaissance et l'acceptation de soi-même, de ses capacités et de ses limites.
- Le développement des facultés d'adaptation.
- La recherche d'autonomie.
- La revalorisation et la restauration des capacités relationnelles.
- ...

Ces différents objectifs sont ce vers quoi tend toute prise en charge de l'ergothérapeute travaillant dans le domaine de la psychiatrie.

Bien sûr, selon chaque individu, ses difficultés et son projet thérapeutique, ceux-ci se différencient, se spécifient et s'améliorent.

Moyens

L'action de l'ergothérapeute touche trois dimensions importantes : l'activité, le cadre et la relation.

○ **L'activité**

Selon l'Association Suisse des Ergothérapeutes⁵¹, les moyens utilisés en santé mentale sont « le choix d'activités finalisées qui correspondent aux capacités, aux nécessités et surtout aux intérêts du patient ».

Les activités médiatrices proposées en psychiatrie servent de support pour entrer en relation avec le patient. Ces activités sont des activités dites productrices qui peuvent être :

- des activités artisanales (poterie, tissage...) ou artistiques (sculpture, théâtre...)
- des activités ludiques (jeux de société...) ou récréatives (diffusion d'un documentaire...)
- des activités intellectuelles (scrabble...) ou éducatives (visite d'un musée...)
- des activités professionnelles (informatique...)
- des activités de loisirs et de divertissement (sport...)
- ...

⁵⁰ ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES, adresse URL : <http://www.anfe.asso.fr/nf/ergotherapie/psychiatrie/html>

⁵¹ ASSOCIATION NATIONALE SUISSE DES ERGOTHERAPEUTES, adresse URL : <http://www.ergotherapie.ch/index-fr.php?frameset=41>

Quelle que soit l'activité choisie, elle devient le lieu de projection des conflits intérieurs, elle permet aux patients d'exprimer leur mal être, leurs problèmes, les éléments qui deviennent partageables au groupe. L'activité médiatrice est alors l'équivalent du langage, elle est là en tant que substitut pour le patient qui a des difficultés à utiliser ce dernier. L'activité est très souvent suivie d'un moment de verbalisation par rapport à ce qu'il s'est produit durant la séance, afin de permettre aux patients de rapporter leur vécu et les sentiments ou émotions qui s'y rapportent.

Enfin, les médiateurs (musique, chant, terre, théâtre...) ont chacun leurs caractéristiques propres et des qualités susceptibles d'avoir, une action spécifique sur un type particulier de patient.

○ **Le cadre**

C'est au sein du cadre institutionnel que se fonde la relation thérapeutique : l'ergothérapeute est le garant de ce cadre via son atelier. L'organisation au sein de cet atelier est, pour les patients, une référence à la réalité, un lieu de socialisation et de normalisation (on propose à la personne de se confronter au rapport aux normes sociales et aux règles de vie à respecter).

Ce cadre, pour qu'il permette des effets thérapeutiques, doit répondre à certaines conditions, il doit :

- Etre sécurisant sur le plan psychique et relationnel : respecter les interdits fondamentaux (interdit du meurtre, de l'inceste).
- Etre un lieu de confiance : s'épanouir sur le plan personnel au sein d'un espace relationnel respectueux.
- Permettre la structuration espace temps : offrir l'épanouissement personnel dans un lieu où les repères sont clairs.

Il est donc fondamental que l'ergothérapeute garantisse les limites à ne pas dépasser au sein de son activité. Il propose alors un espace de travail qui devient un lieu où les personnes peuvent venir rencontrer la réalité de manière différente. Celle-ci leur offre ainsi la possibilité d'expérimenter, par le vécu, certaines prises de consciences pouvant les amener vers d'autres réflexions au sujet de leurs difficultés personnelles.

○ **La relation**

En proposant une activité, l'ergothérapeute va tenter d'établir une relation de confiance entre le patient et lui. Lors de la première rencontre, la mise en place de l'espace thérapeutique va être primordiale afin de déterminer les rôles de chacun ainsi que le cadre dans lequel l'échange va se passer.

La relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et le patient est essentielle. C'est à l'ergothérapeute de structurer l'espace afin d'instaurer une ambiance sécurisante pour le patient. De cette façon, il fixera les limites (horaires, règles du lieu et de l'activité...).

Une fois cette relation de confiance établie, celle-ci va permettre une évolution. Cette progression s'inscrit dans le cadre d'un véritable processus relationnel : c'est grâce à la relation de confiance que ce processus peut avoir lieu.

2. L'activité théâtre en ergothérapie

L'ergothérapie utilise le théâtre comme médium ergothérapeutique artistique. Cette activité artistique va permettre la rencontre avec la réalité concrète.

L'ergothérapeute est la personne qui va permettre la rencontre entre le patient et l'outil théâtre et au travers de cette relation à l'objet (l'objet étant ici le corps), le sujet en difficulté va pouvoir s'exprimer et dévoiler son être dans son corps. Petit à petit, le patient va entrer en contact avec son environnement et laisser le théâtre le surprendre.

L'activité théâtre peut être organisée de différentes façons et selon deux grands axes : le court terme et le long terme.

Le court terme

Pour le travail à court terme, le groupe se renouvelle de fois en fois, celui-ci est donc ponctuel et sans exigences particulières.

Le déroulement d'une séance à court terme pourrait se traduire par exemple, par :

- Une séance basée uniquement sur des échauffements ainsi que différentes techniques d'improvisations.
- Une première partie d'échauffement suivie d'un travail d'interprétation de textes.
- Une séance basée uniquement sur le travail du texte (saynètes ou morceaux de pièces), et sur l'interprétation de celui-ci et de sa mise en scène.
- ...

Par exemple, voici le déroulement de la première activité énoncée ci-dessus.

Cette activité utilise essentiellement les techniques théâtrales sans support de texte. Pour commencer la séance, toutes sortes d'exercices d'échauffements peuvent être proposées par l'ergothérapeute : échauffement de la voix, échauffement du corps et des segments du corps... Les exercices se réalisent en groupe avec l'ergothérapeute selon une dynamique souvent ludique.

Ensuite, en ce qui concerne le travail d'improvisation, de nombreuses techniques sont envisageables : ces différentes techniques peuvent faire travailler la mémorisation, la concentration, l'attention, la communication verbale et non verbale, le contact au toucher, la dynamisation, les émotions, l'expression des affects etc.

L'ergothérapeute fait ici le choix de préférer tel ou tel exercice selon les participants présents. Les différentes improvisations se répètent ou s'enchaînent et ce jusqu'à la fin de la séance.

Le long terme

Pour un travail à long terme, au contraire, les conditions nécessaires sont la régularité dans la présence et dans le nombre de participants (une personne absente affaibli considérablement le groupe).

Ce travail à long terme donnant lieu à une représentation finale, ou non, selon le souhait des participants.

Le déroulement des séances suggérant un travail à long terme pourrait se traduire par :

- La préparation d'une pièce (contemporaine ou moderne) choisie soit par l'ergothérapeute, soit par les participants, comprenant la création de costumes, de décors etc.
- Le montage d'un spectacle (basé sur les saynètes créées par les participants eux-mêmes), la création de costumes et de décors ou non.

Par exemple, voici le déroulement de la seconde activité énoncée ci-dessus.

Chaque début de séance propose toujours quelques échauffements afin de se dynamiser (échauffement de la voix et du corps). Ensuite, l'activité se consacre à la création des saynètes par les participants. Pour cela, l'ergothérapeute lance des thèmes sur lesquels les participants improvisent individuellement ou à plusieurs ; et de ces improvisations, l'ergothérapeute décide avec les participants de ce qu'ils ont envie de garder ou non.

Selon les morceaux qu'ils décident de garder, ils les améliorent au point de vue du texte et de l'expression. Au fur et à mesure, le même travail se réalise pour chaque participant donnant lieu à des saynètes individuelles ou collectives.

La seconde partie du travail s'articule autour de la création des costumes et des décors et de la mise en scène. Ce moment est prévu pour choisir les tissus et les couleurs, créer les modèles et les essayer.

Pour ce qui est de la mise en scène, l'ergothérapeute travaille avec les participants pour le contenu même des saynètes et le travail en coulisse. Cette deuxième partie se réalise dans la collectivité et avec beaucoup d'entraide de la part de chacun (esprit de groupe). Ce genre de travail induit que les participants soient « stabilisés » et déjà autonomes.

A la fin de l'activité théâtre (court terme ou long terme), il est intéressant de proposer aux patients un moment de verbalisation durant lequel les participants ont l'occasion de dire quelques mots sur leur vécu de la séance.

Il semble important de rappeler que ce moment est mis en place non pour interpréter les dires de patients (ce n'est pas le rôle de l'ergothérapeute) mais bien pour éviter que des patients quittent l'activité sans avoir pu faire part de certaines émotions qui pourraient peut-être amener à des pensées ou des actes désagréables, voir dangereux. Ce n'est évidemment pas le but d'une activité ergothérapeutique.

Toutefois, ce qu'il s'est passé durant la séance, ce qui a été dit, vu, ressenti ou vécu pourrait tout à fait être travaillé durant une séance de psychothérapie si le patient le souhaite.

Remarque : Bien entendu, cette activité mettant en scène des êtres humains aux situations et difficultés différentes et le théâtre étant d'une richesse incommensurable, il existe un nombre infini de possibilités à développer.

3. Les objectifs ergothérapeutiques généraux concernant les patients psychotiques

(...) « Le jeu donne donc au psychotique l'occasion d'avoir accès aux images dont il est pétri et ainsi de pouvoir les utiliser, grâce à la mise en œuvre de la fonction symbolique. Mais, quelle que soit la nature du joueur, jouer implique toujours un rêve, une évasion, la pratique d'un imaginaire. C'est cela qui décide du caractère thérapeutique de l'activité ludique dans son ensemble »⁵².

Afin de donner une vision plus précise du travail d'un ergothérapeute dans le cadre d'un atelier théâtre, je formulerai les objectifs généraux concernant des patients psychotiques. Pour chaque objectif, je tenterai d'en donner une justification et d'expliquer le lien qui l'unit à l'activité théâtre.

Je tiens à souligner que ces objectifs s'inscrivent dans une généralisation, et qu'il faut bien sûr les adapter, voir les modifier, en fonction de la personne et de ses difficultés propres. Les objectifs suivants prennent également en compte l'attitude thérapeutique de l'ergothérapeute.

Offrir un cadre structurant et sécurisant

Le patient psychotique se réfugie souvent dans un monde qui lui appartient, en se coupant de la réalité, et, en difficultés avec plusieurs modes de communication.

Le moyen d'entrer en relation avec ce type de patient est très important : il devra être sécurisant et confiant pour lui permettre de communiquer et d'exprimer ses besoins. Cette relation de confiance peut se faire par l'intermédiaire de l'activité théâtre qui offre d'autres possibilités que la communication verbale pour entrer en contact avec l'autre.

L'intervention de l'ergothérapeute doit également se révéler sécurisante, en effet, celui-ci est là pour aider le patient à se sentir bien en répondant à ses besoins et ses envies. Les exercices (structurés dans le temps et dans l'espace) que celui-ci énonce sont proposés de façon à ne pas être effrayants ni par leur difficulté ni par leur trop grande liberté (explications trop succinctes).

Enfin, l'aspect confiant et sécurisant diminue les réactions d'angoisse, d'agitation ou encore les délires des patients.

Lutter contre l'inhibition psychomotrice

L'inertie psychomotrice et la perte d'initiative motrice peuvent être caractéristiques de la psychose. En choisissant l'activité, le patient intéressé se met en mouvement pour se rendre à l'endroit où celle-ci a lieu, d'autant plus si elle se situe en dehors de l'unité où le patient est soigné. Le fait de se déplacer mobilise le patient, l'anime et lui permet d'entrer en contact avec la réalité.

⁵² ATTIGUI, De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique, Jeu, transfert et psychose, p. 41.

Le corps étant l'instrument principal du patient comédien, celui-ci est de toute façon toujours sollicité. Certains exercices d'échauffement sont « obligatoires » : ils sont notamment destinés à mettre les patients « en route » et leur permet de s'échauffer physiquement et donc de se mobiliser.

Améliorer le rapport à la réalité et à l'imaginaire

La réalité du psychotique n'est pas la même que la nôtre ni que celle de son voisin, psychotique également. Il vit dans une réalité qui l'envahit sans cesse et qui restreint son imaginaire.

« En mettant l'accent sur le jeu et plus particulièrement sur le jeu théâtral, on assiste en quelque sorte à une désaliénation de l'imaginaire, ce dernier retrouvant sa place »⁵³.

L'activité théâtre lui permet non seulement de se rendre compte de la réalité en dehors de son lieu de vie (l'unité) mais également d'accéder à un imaginaire, qu'il soit celui des autres, lors d'une scène ou, le sien lors de son propre jeu. Et c'est en abordant le jeu, que le patient à la fin de celui-ci, peut prendre conscience de la différence entre le jeu (imaginaire) et la réalité (notre réalité) et non la sienne qu'il tient comme vraie.

L'ergothérapeute peut aider le patient dans ce projet en rappelant que dès que l'on monte sur la scène, il ne s'agit plus de la réalité mais bien du jeu théâtral. C'est pourquoi les limites entre la scène et le public sont très importantes.

Lutter contre le sentiment de dépersonnalisation ou sentiment dissociatif

La perte de cohérence corporelle, la perte des limites du Moi, font partie du syndrome dissociatif de la schizophrénie. Le doute sur la cohésion des limites corporelles, l'impression d'un changement de forme, de volume des segments du corps peuvent être les signes de la perte de ce sentiment d'individualité de la personne.

Il est important alors de se référer à l'entière du corps plutôt qu'à certaines parties morcelées. Le jeu théâtral permet l'utilisation du corps dans sa globalité : la totalité du corps étant en mouvement. Les exercices d'échauffement pourront également être axés davantage sur le corps considéré comme un tout et les limites de celui-ci.

Faciliter l'estime de soi

La perte de cohérence corporelle, la perte des limites du Moi, font partie du syndrome dissociatif de la schizophrénie. Le doute sur la cohésion des limites corporelles, l'impression d'un changement de forme, de volume des segments du corps peuvent être les signes de la perte de ce sentiment d'individualité de la personne.

Il est important, alors, de se référer à l'entière du corps plutôt qu'à certaines parties morcelées. Le jeu théâtral permet l'utilisation du corps dans sa globalité : la totalité du corps étant en mouvement. Les exercices d'échauffement pourront également être axés davantage sur le corps considéré comme un tout et les limites de celui-ci.

⁵³ Idem, p. 52.

Guider le patient en évitant tout maternage

Le rôle de l'ergothérapeute est de guider le patient mais sans agir à sa place. Il est important d'encourager et de stimuler les étapes qui peuvent l'amener à prendre des initiatives. En effet, on peut souvent observer un premier pas qui, sans le soutien de l'ergothérapeute, pourrait ne pas aboutir à une action décisive. Les improvisations pourront se dérouler dans un premier temps en groupe, pour guider le patient, et ensuite, en individuel.

Tout ceci, dans le but d'aider le patient à aller vers une autonomie maximale.

Privilégier les activités d'échanges

La psychose enferme l'individu dans une bulle. Il se replie sur lui-même et refuse le contact avec les autres. Cet univers personnel empêche l'ouverture sur le monde, les échanges et la socialisation.

Le caractère collectif de l'activité théâtrale entraîne inévitablement le contact avec l'autre. Les exercices d'improvisation permettent à l'individu d'entrer en relation avec d'autres : non seulement lors de l'improvisation même mais aussi en dehors, lors des préparations ou des discussions qui en découlent.

4. Le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'activité théâtre

Les nombreuses « casquettes » que porte l'ergothérapeute dans un atelier de ce genre peuvent être parfois lourdes et difficiles à gérer, il est donc souvent possible que l'ergothérapeute fasse appel à un autre soignant. Leur alliance peut se faire de différentes manières :

- L'ergothérapeute et un éducateur co-animent l'activité et participent tous les deux au jeu théâtral.
- L'ergothérapeute anime l'activité et participe au jeu ; un psychologue est présent pour observer et orienter le travail.
- L'ergothérapeute anime le groupe sans y participer mais invite un autre soignant (infirmier, animateur) à participer au même titre que les patients.
- L'ergothérapeute travaille en co-animation avec un comédien
- ...

Quoi qu'il en soit, l'alliance de deux soignants lors d'activités théâtrales de ce genre s'avère très riche et importante. Peu importe, les rôles et les statuts, cela permet d'avoir un regard double ou extérieur sur l'activité et les patients. Cela permet également de mieux gérer les conflits ou les difficultés qu'induit la réalité du groupe et de ses participants en souffrance. L'association de deux professions différentes mais complémentaires est certainement très enrichissante.

Je reprendrai ci-dessous, le rôle de l'ergothérapeute dans un travail de co-animation et d'animation avec un animateur lors d'un atelier théâtre en psychiatrie adulte. Bien sûr, cet atelier pourrait aussi être animé par un ergothérapeute ou par un animateur seul.

Le rôle de l'animateur

« Animer, c'est donner vie, prendre soin de... »⁵⁴.

Etymologiquement⁵⁵, le verbe animer vient du latin « *animare* » qui signifie : donner la vie, encourager, rendre plus vif. Le terme animation de « *anima* » signifie l'âme et « *animus* » veut dire l'esprit, le souffle de vie. C'est à dire la chaleur, l'entrain mis dans une action, dans une expression, dans un comportement afin de rendre plus vif, d'intéresser, d'inspirer quelqu'un... Au sens général du terme, l'animation est « un ensemble de moyens et méthodes mis en œuvre pour faire participer activement les membres d'une collectivité à la vie de groupe »⁵⁶.

L'animateur est la personne chargée de l'encadrement d'un groupe, qui propose des activités, facilite les relations entre les membres du groupe, et suscite l'émulation, l'intérêt.

Afin que la relation entre la personne et l'animateur se passe le mieux possible, celui-ci utilise quelques attitudes positives telles que :

- Le respect : respecter la personne en tant que personne à part entière et non en tant que malade est une marque de confiance.
- La disponibilité : basée sur l'écoute même en dehors des ateliers. Même si l'animateur est seul ou concentré sur son travail, il ne rembarre pas la personne qui voudrait lui parler.
- L'enjouement : l'attitude corporelle est la première chose que les participants voient en la personne quand il entre dans un lieu, il semble donc important que chaque rencontre se fasse avec le sourire et dans le calme.
- L'humilité : la personne est écoutée et perçue dans sa globalité, elle est acceptée telle qu'elle est, sans que l'animateur ne se positionne en tant que juge devant la situation.
- La patience et la remise en question sont des valeurs fondamentales pour mener à bien un projet.
- La stimulation qui est différente de l'obligation : les demandes de participation se font sous forme de propositions et d'argumentations, jamais d'obligations.

L'animateur prend en charge le groupe afin de stimuler les membres de celui-ci à participer. Il tente de les intéresser en mettant en œuvre les différentes attitudes exprimées plus haut.

De cette façon, l'animateur facilite les interactions entre les différents membres du groupe. Son but étant d'empêcher le plus possible, l'enfermement, l'isolement, le repli sur moi-même etc.

Bien sûr ces attitudes ne sont pas uniquement réservées aux animateurs, on les trouve également chez la plupart des ergothérapeutes qui sont soucieux de la qualité de l'animation.

⁵⁴ L'ANIMATION DES PERSONNES AGEES, adresse URL : http://www.accesausavoir.be/ebooks/011_entraide/html-n/011_entraide.html

⁵⁵ LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, p. 71.

⁵⁶ L'ANIMATION DES PERSONNES AGEES, Op. Cit.

Le rôle de l'ergothérapeute

En plus des attitudes évoquées plus haut, propres à l'animateur, mais présentes également chez l'ergothérapeute, celui-ci joue un rôle essentiel lors de l'animation d'un atelier théâtre : il possède les connaissances théoriques et pratiques nécessaires pour accueillir des patients en souffrance psychopathologique.

En effet, l'ergothérapeute est notamment formé d'un point de vue théorique sur les différentes psychopathologies qui peuvent toucher l'individu : ses acquis lui permettent donc de reconnaître les différents symptômes, de poser des objectifs spécifiques à chaque personne, et ainsi d'adapter sa prise en charge en fonction de ceux-ci.

Ces connaissances lui permettent également d'appréhender les effets secondaires, l'évolution de la maladie, les risques probables etc.

L'ergothérapie met à disposition des outils d'observation (par exemple, le GROPE⁵⁷) qui permettent de relever les capacités et incapacités de la personne et ainsi de formuler une synthèse des problèmes. Cette synthèse des problèmes permet à l'ergothérapeute de visionner la personne dans sa globalité et de déterminer sa prise en charge d'une façon précise.

Ces outils d'évaluation permettent également de mesurer l'évolution d'un patient en comparant la grille de fin avec celle du début de la prise en charge.

La prise en charge du patient d'un point de vue global est également une des spécificités de l'ergothérapeute ; en effet, celui-ci ne s'arrête pas aux symptômes évidents mais il prend également en compte les habitudes de vie, les facteurs de risques, les facteurs environnementaux ...qui lui permettent de connaître la personne dans son entièreté afin de préciser au mieux les points d'action de sa thérapie. Par là, il définit des objectifs spécifiques à chacun de ses patients.

L'ergothérapeute a à sa disposition les connaissances pratiques concernant l'activité médiatrice. Dans le cas du théâtre, l'ergothérapeute pourrait être amené à confectionner les costumes avec les patients ou encore certains objet de décor.

Outre cela, l'ergothérapeute peut analyser l'activité d'une façon structurelle et clinique lui permettant ainsi d'analyser tous les paramètres de celle-ci et, donc, il lui est plus simple de, non seulement la mettre en place, mais également, de l'adapter si nécessaire. L'ergothérapeute, grâce à cette analyse, peut préciser son action afin d'influer plus ou moins auprès d'un patient ou d'un autre, en vue d'optimiser les effets thérapeutiques probables.

Tout ce qui vient d'être développé précise le rôle de l'ergothérapeute et définit les outils qu'il a à sa disposition (comparés à ceux de l'animateur). Bien sûr, leurs différences n'empêchent pas leur complémentarité, d'où la richesse de la co-animation.

⁵⁷ GROPE : Grille d'Observation du Patient Psychiatrique en Ergothérapie.

L'ergothérapeute en tant que co-animateur ⁵⁸

Le rôle de co-animateur peut révéler certains avantages et certains inconvénients. Parmi les avantages, on retrouve : l'assistance mutuelle, l'objectivité accrue, la connaissance collective, le modèle réciproque et les rôles différents.

- L'assistance mutuelle : l'encouragement mutuel fait en sorte que l'un peut couvrir les faiblesses de l'autre. Notamment, lorsque certaines situations peuvent être difficiles à gérer : par exemple, lorsqu'un patient entre dans un délire duquel il n'arrive pas à sortir, l'ergothérapeute peut très bien faire preuve d'une prise en charge plus particulière (parfois même sortir de la pièce avec le patient) afin de l'aider à reprendre pied dans la réalité, pendant que l'animateur continue à animer la séance. Celui-ci peut également jouer l'aide mémoire de l'animateur (lui rappeler l'heure) ou, plus précisément, en lui rappelant le ou les objectifs permettant de recadrer ou de faire évoluer la séance.
- L'objectivité accrue : une compréhension objective de l'évolution du groupe sera plus facile grâce aux deux points de vue des animateurs. Les deux soignants peuvent ainsi échanger leurs réactions ainsi que leurs points de vue respectifs. Ceci est particulièrement intéressant lorsque l'animateur a observé tel ou tel comportement venant d'un patient, l'ergothérapeute peut alors appuyer ou non le sentiment de l'animateur.
- La connaissance collective : en travaillant avec un partenaire qui n'a pas la même formation que soi, on élargi le domaine des connaissances ainsi que des expériences disponibles pour le groupe. Une des composantes essentielles pour former une bonne équipe de co-thérapie, est la discussion en fin de séance qui permet de débattre sur ce qu'il vient de se passer. Ce moment permet de redéfinir les stratégies employées ainsi que d'échanger les commentaires de chacun. Il arrive que les deux thérapeutes ne puissent se mettre d'accord sur certains points : l'avis d'une troisième personne peut alors être utile pour aider à trancher.
- Le modèle réciproque : des co-thérapeutes ont beaucoup à apprendre de l'autre : chacun ayant ses points faibles et ses points forts ainsi que sa façon d'intervenir dans la prise en charge du groupe. Le duo permet également de créer des tours de rôle afin d'être tantôt actif et tantôt plus observateur, chaque situation présentant ses avantages. Ainsi, si l'on envisageait la préparation d'une pièce avec représentation, l'animateur pourrait léguer sa place à l'ergothérapeute lors de la réalisation des costumes, par exemple.
- Les rôles différents : il faut pouvoir tirer avantage des points forts de chaque animateur qui joue un rôle différent : effectivement, l'un pourrait être plus efficace pour préciser les limites lorsqu'il y a perte de contrôle ; tandis que l'autre pourrait avoir une meilleure façon de donner un support empathique.

⁵⁸ LESSLER, DICK, WHITESIDE, Stage of cooperation: Co-therapy viewed developmentally, pp. 67-73.

Pour ce qui est des inconvénients, on retrouve : la division, la compétition, et la contribution non équilibrée. Ce sont quelques difficultés courantes dont il faut se méfier, en effet, celles-ci doivent être surmontées si l'on veut que la co-animation soit efficace.

- Division : en présence de deux animateurs, les membres du groupe pourraient avoir tendance à favoriser plutôt l'un que l'autre ce qui entraînerait les thérapeutes à entrer en désaccord ou les participants à faire alliance (en sous-groupes).
- Compétition : elle peut s'observer lorsque chacun cherche à se poser lui-même comme thérapeute compétent, en trouvant ainsi dans l'acceptation des autres, l'augmentation de l'estime de soi. En fait, la compétition n'est pas une mauvaise chose en soi mais l'échange entre les deux thérapeutes est essentiel pour éviter les conséquences négatives.
- Contribution non équilibrée : cela peut constituer un sérieux inconvénient lorsque l'un des deux thérapeutes fait tout le travail pendant que l'autre est assis, les bras croisés, et regarde. Un ressentiment respectif se développe alors. La solution est de reconnaître que tous deux sont à blâmer car le plus actif ne voit généralement pas le problème et le plus passif se sentant dominé par le premier, est mal à l'aise pour en parler. Si alors aucune action n'est envisagée pour y remédier, le problème risque de prendre de l'importance avec le temps et ne se résoudra de lui-même. Il faut faire des efforts, mettre de côté la faute et de rééquilibrer les conduites.

En conclusion, les difficultés rencontrées lors de l'alliance de deux thérapeutes dans une activité, peuvent conduire à des résultats positifs lorsqu'on discute ouvertement et que l'on agit de manière réfléchie et constructive.

Conclusion

Dans cette seconde partie, après avoir lié l'ergothérapie à la psychiatrie, j'ai défini le théâtre en ergothérapie en général.

J'ai ensuite tenté de découvrir les objectifs ergothérapeutiques généraux les plus importants concernant les patients psychotiques, qui serviront de base à l'élaboration des objectifs spécifiques mis en place lors de l'activité théâtre, dans ma partie pratique.

Pour terminer, j'ai tenté de définir le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'activité et j'ai également développé les intérêts et difficultés du travail d'animation et de co-animation possible lors de cette même activité.

3. PARTIE PRATIQUE

Introduction

Dans cette partie pratique, je développerai six points principaux.

Les deux premiers points seront l'historique et la présentation générale de « La Clinique Fond'Roy » ainsi que la présentation du centre d'activités thérapeutiques (CAT), lieu de mes observations.

Ensuite, le troisième point détaillera l'activité théâtre telle qu'elle est pratiquée en ce moment au CAT ainsi que son fonctionnement. Je présenterai plus précisément certains exercices d'échauffement ainsi que de technique théâtrale. Et pour terminer, je relèverai les difficultés rencontrées lors de cette activité.

Le quatrième point me verra envisager le rôle que pourrait remplir l'ergothérapeute au sein de cette même activité.

Afin de retirer les intérêts probables concernant cette technique, j'ai fait le choix d'observer plus précisément deux des participants qui feront l'objet chacun d'une présentation clinique détaillée.

1. Historique et présentation générale de « La Clinique Fond'Roy »

« Le Groupe Hospitalier La Ramée-Fond'Roy » est constitué des institutions suivantes : « La Clinique La Ramée », « La Clinique Fond'Roy », « L'hôpital de jour - Le Quotidien », « L'Hôpital d'Accueil Spécialisé – HAS ».

« La Clinique Fond'Roy » située à Uccle (Bruxelles) a été reprise en 1996 par « La Clinique La Ramée » et depuis lors, les nouveaux dirigeants de la clinique ont entrepris la rénovation complète de l'outil hospitalier dans le but d'améliorer la qualité hospitalière et thérapeutique de l'institution. Cette rénovation s'opère par phases en raison de l'obligation de poursuivre, sans discontinuité, l'hospitalisation des patients. Elle accueille 172 patients, adultes et adolescents, dont 38 en hospitalisation de jour (Hôpital de jour « Le Quotidien ») et 134, en hospitalisation complète.

Cette clinique accueille des patients présentant des troubles neuropsychiatriques et médico-psychologiques pour des séjours à courts et à moyens termes. Elle dispose de quatre unités de soins (Les unités 1, 2, 3 et l'H.A.S.). Ces unités, tout en pouvant chacune accueillir différents types de problématiques, ont également des spécificités, elles développent chacune leurs programmes de traitement et de recherche. Les unités 1,2 et 3 sont habilitées à recevoir des patients en crise. La prise en charge thérapeutique se fait de façon pluridisciplinaire. Le projet thérapeutique, psycho dynamique, somatique, pharmacologique et psychosocial est propre à chaque patient.

Lorsque les patients hospitalisés à l'unité 3 arrivent, ils sont accueillis en phase 1 ce qui se traduit par une réunion hebdomadaire lors de laquelle différents sujets concernant l'admission au sein de la communauté sont abordés. Il peut s'agir de l'insertion au sein du groupe, du fonctionnement des différentes activités (obligatoires ou non), d'informations concernant le suivi thérapeutique ou encore

les entretiens avec l'infirmière de référence. Cette première phase dure 4 semaines et ensuite les patients passent dans la deuxième phase. Durant celle-ci, (de durée variable selon l'hospitalisation), les patients sont vivement invités à s'investir dans les différentes activités proposées et, ainsi, progressivement, se fixer un programme qui leur convient.

Lors de ces réunions, sont débattus des sujets tels que la vie en communauté (avantages et inconvénients), la relation avec les autres patients, la révision du programme d'activités... Lorsque les patients entrent en 3^e et dernière phase, le but est de leur permettre de s'exprimer par rapport à leur fin de séjour. Certains abordent le retour dans la société et les difficultés qui en découlent, la vie seul(e) en appartement (supervisé ou non), ou encore la peur de quitter l'hospitalisation etc. La fin de cette 3^e phase marque la fin de l'hospitalisation et ensuite la sortie.

Il est à noter que le groupe hospitalier « La Ramée – Fond'Roy » offre une prise en charge thérapeutique sous tendue par le courant théorique psychanalytique, agrémenté de l'approche systémique, pour tout ce qui concerne les prises en charges familiales et de couples des personnes hospitalisées. Cette approche vise à résoudre les conflits en découvrant les causes inconscientes qui ont perturbé, pendant la petite enfance, le développement de la personnalité. Les soignants sont formés en ce sens et continuent régulièrement les apprentissages à orientation psychanalytique et systémique. Leur prise en charge thérapeutique propose des activités créatrices, projectives plus ou moins structurées pour permettre au patient de faire émerger du « matériel inconscient » (symbolique, association, souvenirs...). Cette approche exige que les thérapeutes connaissent leurs propres mécanismes de défense ou de transfert pour pouvoir gérer la relation qui va naître entre le patient et le thérapeute (mécanisme de transfert, de contre transfert et de projection).

2. Présentation du CAT (Centre d'Activités Thérapeutiques)

Le Centre d'activités thérapeutiques (CAT) se trouve au centre de « La Clinique Fond'Roy ». Les personnes qui y sont accueillies proviennent des trois unités de la clinique ainsi que de l'H.A.S. (situé également sur le site). Selon chaque unité, on retrouve certains « types » de patients, d'où la grande diversité de pathologies rencontrées au CAT :

- L'unité 1 de psychiatrie aiguë est axée sur la prise en charge:
 - des troubles de l'humeur (aigus, chroniques, bipolaires,...) et des symptômes associés tel que troubles du sommeil...
 - des problèmes de dépendances, à l'alcool et aux médicaments, fréquemment associés aux troubles dépressifs.

La durée des séjours est courte : hospitalisation brève dans le but de poser un diagnostic et de faire une proposition de traitement.

Occasionnellement, le séjour peut se prolonger en fonction de l'évolution des projets de sortie.

- L'unité 2 accueille trois types de patients :

- des jeunes de 12 à 21 ans qui bénéficient d'un encadrement tout a fait spécifique (éducateurs, projet « L'école à l'hôpital»⁵⁹).
- des patients souffrant de troubles dissociatifs dus aux événements traumatiques survenus au cours de leur histoire personnelle (abus sexuels, maltraitance, négligences et perturbations relationnelles graves).
- des patients placés dans le cadre de la loi de protection des personnes (exclusivement adolescents).

L'objectif est de récréer une relation de confiance avec chaque patient et de leur donner le droit à un traitement approprié et la possibilité de recourir à des aides extérieures pour assurer la continuité des soins.

- L'unité 3 accueille des patients souffrant de dépendance à des produits toxiques (alcoolisme, toxicomanie,...) et/ou souffrant d'affections psychiatriques générales de longue durée. La durée du séjour y est donc plus longue. Ceci pour permettre aux patients de stabiliser le traitement et de bénéficier de programmes thérapeutiques comprenant revalidation, expérience de vie sans produit toxique et réinsertion sociale.
- « H.A.S. » : L'Hôpital d'Accueil Spécialisé est destiné à un nouveau concept thérapeutique d'accueil de patients adultes admis sous le régime de la Loi de la Protection de la Personne des Malades Mentaux du 26 juin 1990.
Sa capacité d'accueil est de 35 lits, répartie en deux unités rassemblées dans le même bâtiment :
 - l'unité A : elle accueille exclusivement les patients qui viennent d'être admis sous mesure de mise en observation. Elle est limitée à 10 lits afin de permettre un accueil souple et personnalisé. L'hospitalisation y est prévue pour une première période d'une dizaine de jours jusqu'au passage du Juge de Paix.
 - l'unité B : d'une capacité de 25 lits : elle permet la poursuite de l'hospitalisation, soit en cas de confirmation de la mesure par le Juge de Paix, soit lors d'une éventuelle demande de poursuite volontaire d'hospitalisation par le patient suite à la levée de la mesure.

En conclusion, les patients qui se rendent au CAT se situent entre 12 et 70 ans, et sont atteints de multiples maladies mentales. Il serait donc impossible de définir le CAT comme un centre thérapeutique qui accueille une population spécifique de patients mais bien accueillant tout type de patient fréquentant l'institution psychiatrique.

⁵⁹ Un professeur vient donner cours au sein de l'hôpital plusieurs heures par jour pour assurer la continuité et éviter le décrochage scolaire.

La fréquentation du CAT n'est pas obligatoire, les patients y viennent seuls (parfois accompagnés par un soignant s'ils ont le statut de « sortie accompagnée »), quand ils veulent et ils y restent autant de temps qu'ils le souhaitent. Les patients sont tenus au courant des activités grâce à un programme affiché dans chaque unité ainsi que dans les couloirs. Cela permet ainsi aux patients de se faire une idée du déroulement de la journée, de constituer ainsi leur programme (en fonction de leur rendez-vous médicaux etc...) et donc de se repérer dans le temps.

L'équipe du CAT est constituée d'une responsable d'équipe (qui, en outre, est psychanalyste), de trois ergothérapeutes, de deux éducateurs, de trois animateurs, ainsi que d'artistes, bénévoles, et jobistes. Tous travaillent en pluridisciplinarité et selon le courant psychanalytique qui régit toute l'institution. Les nombreuses réunions d'équipe permettent de redéfinir les fonctions de chacun, qui ne sont pas sans s'entrecroiser.

Les activités proposées au CAT sont nombreuses, celles-ci se regroupent selon trois catégories : les activités sportives (escalade, natation et groupe sport), les activités loisirs (documentaire, projection film, promenade...) et les activités médias (sculpture, informatique, dessin, peinture, « sucré-salé », conte, atelier polyvalent, écriture et théâtre). Toutes ces activités contiennent des objectifs spécifiques propres.

3. Présentation de l'activité théâtre

Fonctionnement de l'activité

L'activité théâtre est une activité de groupe à laquelle participent en général entre 2 et 6 patients (l'activité n'a pas lieu s'il n'y a qu'un seul patient).

Le groupe théâtre a lieu tous les lundis de 14h à 15h30 environ. C'est un groupe « ouvert », c'est à dire que les patients y participent quand ils en ont envie et ne sont pas contraints de revenir chaque semaine (ce qui peut-être un véritable inconvénient : Cf. « Les difficultés de l'activité »).

Les séances ne mènent pas à un projet de groupe final et ne donnent lieu à aucune représentation. Il n'y a pas de thème précis, ni de pièce travaillée : chaque séance est bien spécifique. Le thérapeute a une trame de travail en tête mais il l'adapte souvent selon le nombre de participants et parfois aussi selon les personnes présentes. Cette activité ne demande pas de connaissances particulières et est accessible à tous les patients, aussi bien aux adolescents qu'aux patients moins jeunes.

La méthodologie des séances est proposée par l'animateur qui divise chacune d'elles en deux parties : la première partie consiste en un échauffement (Cf. « Les exercices d'échauffement ») afin de créer une dynamique de groupe et de rendre les participants le plus disponibles possible, tandis que la seconde partie consacre plus de temps au travail théâtral et de mise en scène avec un support de texte (Cf. « Le travail théâtral et de mise en scène »).

L'activité théâtre a lieu dans une des salles appartenant à l'hôpital de jour « Le Quotidien », sur le site de la clinique. Cette salle n'étant pas prévue spécialement pour le théâtre, il appartient aux participants d'y créer un espace théâtral (délimiter l'espace scénique et le public ainsi que la porte

d'entrée comme limite avec les coulisses). Quelques éléments de décor (chaises et tables) pourront être ajoutés si nécessaire. Lorsque l'espace est défini, l'animateur invite tous les participants à prendre possession de la scène afin de commencer l'échauffement. Ensuite, le travail théâtral et de mise en scène à lieu.

La séance arrive alors à sa fin et se clôture par un moment de verbalisation non obligatoire. Pour ce, les participants forment un cercle et se passent la parole à tour de rôle. L'animateur raccompagne alors les participants jusqu'à leur unité.

Les exercices d'échauffement

Je décrirai ici certains exercices représentant typiquement une séance comme elle se passe le plus souvent. Bien entendu, cette méthodologie n'est pas figée et peut être modifiée à tout moment en fonction des intuitions de l'animateur, des capacités et de l'état d'esprit des participants.

○ **« Présentation »**

Afin d'«ouvrir» la séance, l'animateur propose à tout le monde de se présenter nominativement (ce qui est propre à l'atelier théâtre). Il s'agit de former un cercle et chacun à son tour fait un pas en avant. De là, le participant regarde tout le monde et donne son prénom, ensuite, il recule d'un pas en arrière et c'est au tour du suivant.

Cet exercice à l'air très simple d'un premier abord mais il peut parfois provoquer de réelles difficultés chez des patients angoissés, timides, ou encore pour lesquels le regard des autres est difficile à supporter. Ce premier exercice permet effectivement de travailler la prise de parole, l'articulation (ce qui n'est pas toujours évident à cause des effets secondaires de certains neuroleptiques), et l'affirmation devant un groupe. Le premier tour se fait souvent de façon un peu timide, donc on le recommence une seconde fois pour s'affirmer plus.

○ **« La claque »**

Tous les participants forment un cercle. Le thérapeute envoie une claque (il frappe dans les mains) à son voisin de droite et celui-ci fait de même : la claque passe de mains en mains dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. La claque peut être accélérée ou ralentie du moment que chacun garde le rythme.

Lorsque tout le monde tient bien le rythme, la claque peut-être envoyée à son voisin de gauche et puis de nouveau à celui de droite et donc le sens peut changer d'un moment à l'autre. Ensuite, la claque peut-être envoyée à n'importe quel participant en le désignant par le regard et en dirigeant les mains.

Cet exercice à une action sur :

- La dynamique de groupe.
- La coordination.
- L'attention et la concentration.

- L'écoute.
- Le rythme.
- La communication non-verbale (regard et gestuelle).

○ **« Bruits et sons »**

Tous en cercle, l'animateur commence et prononce un son, par exemple « ping » et le prononce sans cesse pendant quelques secondes afin de trouver son rythme et de l'intégrer. Le participant qui est à ses côtés fait pareil en choisissant un autre son, par exemple « Tuût-tuût », mais pas n'importe comment ; celui-ci doit se calquer sur le premier pour ne pas empiéter sur son son à lui mais bien s'y accorder. Et chacun ainsi de suite en se fixant sur le précédent. Le but est de garder son propre rythme tout au long de l'exercice sans se laisser distraire par le son des autres. A la fin, cela donne un « brouhaha » terrible mais divertissant.

Cet exercice a une action sur :

- le rythme.
- la coordination.
- l'humeur.
- l'écoute.
- l'attention et la concentration.
- la dynamique de groupe.

○ **« L'improvisation »**

Différents exercices peuvent être proposés. Les improvisations peuvent être plus ou moins longues selon le type d'exercice, avec ou sans parole, et, avec un ou plusieurs participants.

Des improvisations avec l'usage de la parole pourraient être, par exemple :

- **« l'échange »** : l'animateur propose un rôle à chaque participant ainsi que le pourquoi de leur rencontre. Ceux-ci montent sur scène et lors de chaque claquement de main de l'animateur, les deux comédiens doivent intervertir leur rôle (sur scène et dans le thème) le plus vite possible en respectant le plus possible la continuité de l'échange. La première claque vient bien entendu lorsque chacun des participants a intégré son rôle mais ensuite, celles-ci sont de plus en plus fréquentes et cela rend les échanges de plus en plus difficiles.
- **« le journaliste »** : un participant se place sur scène et attend la venue du second (ces deux-ci ne s'étant pas consultés avant). Le deuxième entre en scène et commence une conversation avec le premier : son but (au deuxième) est de permettre au premier (ainsi qu'au public) de découvrir en quelques minutes sa propre identité et son rôle.

L'animateur pourrait, par exemple, donner les instructions suivantes au second participant (à l'insu de premier) : « Tu viens de faire une grosse bêtise,

tu t'adresses à ton interlocuteur comme tu le veux mais ton but est qu'il comprenne rapidement qu'il est ton frère et que tu sollicites son aide ».

Sur cette base, les participants font évoluer l'improvisation comme ils le veulent.

En cas d'improvisations sans paroles, on peut retrouver ce genre d'exercices :

- « le tableau vivant » : selon un thème donné par l'animateur (par exemple, l'attente dans métro), les participants montent un à un sur scène pour mimer leur action dans cette bouche de métro. Lorsque tous sont sur scène, cela donne un tableau vivant d'une scène d'attente dans le métro. Les difficultés de cette improvisation sont de respecter la consigne (ne pas parler) ainsi que de ne pas sortir de son rôle tant que tous les autres participants n'ont pas rejoint l'exercice.
- « le tableau figé » : ce qui différencie ce tableau du premier, c'est, qu'ici les participants sont obligés de choisir une attitude et une seule, qu'ils vont devoir garder tout au long de l'exercice sans bouger. Cette attitude doit bien entendu suivre le thème et respecter ce qui a déjà été fait.

Bien sûr ces quatre exemples d'improvisations ne sont pas les seuls, beaucoup de thèmes peuvent y être abordés. L'improvisation permet beaucoup de liberté et de fantaisie.

Ces exercices d'échauffement sont très importants pour les participants, ils permettent d'aborder l'atelier théâtre d'une façon plus ludique et aussi d'instaurer au fur et à mesure des exercices, une ambiance qui amène à plus de confiance. Effectivement, certaines fois, les

patients ne se connaissent pas entre eux et il n'est donc pas toujours évident de se « livrer » naturellement devant le groupe. Ce travail d'échauffement n'est pas seulement un « starter », mais aussi un véritable exercice.

L'improvisation en général a une action sur :

- la prise d'initiative.
- l'accès à l'imaginaire.
- la dynamisation.
- l'élaboration.
- le contact avec les autres.
- la communication verbale et non verbale.
- l'accès au plaisir.
- ...

Le travail théâtral et de mise en scène

Le travail théâtral à proprement parler, concerne surtout la seconde partie de la séance. L'animateur de cette activité théâtre a choisi de travailler avec un support de texte. Il s'agit d'une pièce

prise au hasard (classique ou contemporaine), de laquelle on extrait une partie de dialogue entre deux personnages.

L'animateur propose à tout le monde de lire le texte à voix basse pour le découvrir une première fois. Ensuite, il se propose de le lire avec quelqu'un à voix haute (le fait qu'il se propose pour la première lecture intimide moins celui qui se lance avec lui). Ensuite, l'animateur propose à d'autres duos de reproduire l'exercice. Lorsque tout le monde a eu l'occasion de découvrir le texte, l'animateur propose à un des duos de monter sur scène (avec le texte) et de le jouer. Les patients peuvent parfois être un peu perdus, c'est alors que l'animateur les oriente dans le travail de mise en scène. Cela peut être un conseil par rapport aux déplacements, aux gestes et mouvements ou bien par rapport aux sentiments et émotions que les participants font passer dans leur jeu. Pendant ce temps, les autres participants observent en tant que public et ensuite on échange les rôles.

Le travail théâtral de mise en scène à un apport sur :

- l'articulation.
- la communication verbale.
- l'attention.
- la pensée.
- l'adaptation.
- l'accès au plaisir.
- ...

Les difficultés de l'activité

Il est certain qu'une telle activité rencontre des difficultés : des situations délicates, des réactions inattendues aussi bien que des problèmes techniques peuvent contrecarrer le travail et/ou ses participants et/ou l'animateur...

En voici certaines :

- La « non homogénéité » du groupe : le nombre variable de participants ainsi que leur âge, et leur psychopathologie propre ne permet pas d'assurer la cohésion du groupe. Non seulement ces différences ne permettent pas de faire converger les intérêts de chacun vers des thèmes communs mais, en plus, il semble très difficile pour le thérapeute de fixer des objectifs spécifiques à chaque patient étant donné l'étendue des pathologies.
- Le rapport à la réalité : le théâtre permet de « reproduire » des situations réelles qui pourraient rappeler certaines déjà vécues et faire surgir des sentiments ou impressions qui eux-mêmes pourraient amener à un mal-être profond ou encore à un passage à l'acte (démonstration de violence ou d'agressivité).
- Les élaborations délirantes : l'accès à l'imaginaire peut parfois emmener un participant trop loin dans cet imaginaire et l'entraîner ainsi dans des pensées délirantes. Ce qui d'une part, peut effrayer les autres participants et générer une ambiance délétère, et d'autre part, créer une réelle difficulté pour continuer le travail si cette situation perdure.

- On peut voir certaines limites ou voir même, certaines contre indications à la participation à l'activité théâtre : par exemple, chez une personnalité de type narcissique, le théâtre pourrait renforcer cette hypertrophie moiïque.
- Certains renseignements concernant un patient ne se trouvent pas toujours dans son dossier. En effet, il est arrivé que lors d'un atelier, au moment de la lecture du texte théâtral, un patient avoue ne pas pouvoir le lire car il était analphabète.
- La « non continuité » des séances empêche la bonne cohésion d'un groupe : par ce travail à court terme, les relations restent assez superficielles et ne permettent pas d'acquérir une meilleure confiance entre les participants.
- D'un point de vue plus pratique, le fonctionnement institutionnel peut parfois interférer dans le déroulement d'une séance (prise de rendez vous médicaux, visites, heures de sorties autorisées etc.).

4. Le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'activité théâtre proposée au CAT

Il me semble que la remise en question par rapport à certains points cités plus haut pourrait amener l'animateur ou thérapeute par son action à diminuer les difficultés rencontrées en adoptant des stratégies nouvelles plus adaptées. Et pourquoi pas, illustrer ainsi une des applications des nombreuses facettes de l'ergothérapie ?

Actuellement, l'atelier théâtre proposé par le CAT est géré par un animateur formé par les Beaux Arts et dans l'animation en psychiatrie. Les ergothérapeutes, quant à eux, n'ont encore jamais proposé une telle activité mais voyons ce que l'ergothérapeute apporterait de supplémentaire à l'activité théâtre.

Le rôle de l'ergothérapeute peut être perçu sous différents angles, mais si l'on en croit ce que dit S. MINET, il est là pour « aider le patient à se créer un projet [...] trouver le moyen de leur faire accepter la réalité en leur faisant revivre les événements mal vécus mais cette fois, dans un environnement suffisamment sécurisant pour qu'ils soient acceptables »⁶⁰.

En effet, le rôle de l'ergothérapeute est avant tout d'être garant du cadre thérapeutique. Celui-ci veillera à faire de la pièce où se passe l'activité théâtre, une pièce simple neutre mais accueillante et surtout sécurisante : elle ne comportera pas de décors colorés ou surchargés à outrance et ne donnera pas non plus l'impression de vide ou de froid.

Il est également de son rôle de respecter et de faire respecter les horaires (jours et heures) ainsi que le lieu établi, permettant ainsi aux participants de se repérer dans le temps et dans l'espace.

Lors de l'activité même, l'ergothérapeute est avant tout la personne qui aide les patients à entrer en contact les uns avec les autres. Cela se traduit d'abord par la présentation de chacun mais cela implique aussi que l'ergothérapeute soit un participant actif dès qu'il le peut, car il en découle une plus grande confiance.

⁶⁰ MINET, Op. Cit., p. 120.

Lorsque l'ergothérapeute gère le groupe et les exercices, son rôle est d'être attentif à tous les participants mais aussi à chacun d'entre eux en particulier afin de déceler leur comportement (qu'il soit « normal » ou « anormal »). Cela demande une connaissance approfondie des patients avec qui il travaille. Pour cela, il a à son actif les recherches de renseignements dans les dossiers et autres mais aussi des outils d'observation tels le GROPE, par exemple.

Un des rôles spécifiques de l'ergothérapeute est également d'analyser l'activité de façon structurelle et clinique et également d'établir les objectifs généraux de cette activité mais aussi les objectifs spécifiques à chaque patient. Ce qui lui permet d'ajuster sa prise en charge dans les exercices qu'il propose à l'un ou l'autre patient.

Et enfin, un rôle qui me semble être important dans le domaine de la santé mentale, est celui d'une personne de référence sur qui l'on peut compter. Cela ne tient parfois pas à grand-chose (un moment de discussion autour d'un café) ou alors une véritable prise en charge individuelle pour autant que celle-ci ait été discutée, décidée en réunion d'équipe, en s'incluant au sein du projet thérapeutique de la personne concernée.

Pour l'ergothérapeute, le théâtre constitue un outil thérapeutique parmi d'autres. Mais si l'on intègre le concept énoncé par I. PIBAROT qui voit à travers la thérapie par l'ergon, l'ergothérapeute en tant que « metteur en scène » permettant au patient d'agir et devenir ainsi « acteur » de sa thérapie ; on peut logiquement associer alors l'ergothérapeute comme le véritable metteur en scène d'un atelier théâtre.

5. Les participants à l'activité

Pour étayer ma partie pratique, j'ai choisi d'exposer deux cas cliniques. Les deux personnes concernées ont fait l'objet de mes observations et de mes prises en charges durant ma présence au CAT. J'ai eu l'occasion d'observer ces deux personnes de différentes façons et dans différentes situations : en effet, mes observations se sont faites non seulement lors de l'activité théâtre, mais aussi lors d'autres activités (peinture, atelier polyvalent,...) ou encore lors de moments plus informels (couloirs, unité, jardin...). Ces différentes observations m'ont permis de remplir la grille du « Groppe » afin de relever les capacités et incapacités les plus significatives de chacun.

A partir de ces observations, ainsi que sur base des objectifs ergothérapeutiques généraux concernant les patients psychotiques, j'ai pu poser des objectifs spécifiques concernant ces deux personnes. Une fois mes objectifs définis, j'ai pu mieux cibler mon intervention ergothérapeutique.

Lors de cette prise en charge, j'ai, notamment, eu l'occasion de privilégier certains moments propices à mes interviews, celles-ci ayant pour but de découvrir quelles étaient leurs attentes de l'activité théâtre ainsi que ce qu'ils jugeaient être des apports personnels. Ces interviews se sont déroulées d'une façon informelle afin de garder un climat de confiance et surtout d'éviter qu'il ne se sentent interrogés (je pense notamment ici aux patients paranoïaques).

Ma seconde raison, était de leur éviter de se trouver à nouveau dans un cadre institutionnel avec des moments d'interrogatoires plus ou moins soutenu au sein, par exemple, des entretiens avec le médecin, le psychologue, l'assistant social, ... et induirait peut-être une certaine lassitude.

Présentation détaillée du cas clinique de Mr. H.

○ Evaluation formative

Identité psychosociale de la personne

- H.R.
- Homme
- 34 ans
- Séjour à l'HAS⁶¹ du 10 octobre 2006 au 27 février 2006 et ensuite, à l'unité 3 du 27.02.07 jusqu'à nos jours.
- Placé sous le régime de la défense sociale.
- Mr. H. est motivé par sa sortie de la Clinique. Il en parle régulièrement et a déjà entrepris certaines démarches en ce sens. (visites d'habitations protégées etc....).
- Mr. H. dit ne plus avoir de centres d'intérêts. Au CAT, il pratique les activités de dessin-peinture, théâtre, documentaire et informatique.

Diagnostic médical

Mr. H. est atteint de psychose chronique sans équivoque et probablement de type schizophrénique. Son potentiel est favorisé et/ou aggravé par la prise de drogues hallucinogènes ce qui provoque chez le patient un sévère handicap socioculturel.

Antécédents personnels

- Antécédents familiaux

- Le patient se situe au centre d'une fratrie de trois garçons. Son frère aîné est aujourd'hui âgé de 36 ans et a deux enfants, tandis que le plus jeune avec qui Mr. H. était fort proche, est décédé dans un accident de voiture il y a quelques années.
- Ses parents déjà âgés, ne sont pas en bonne santé : Sa mère (67 ans), ancienne artiste peintre, est déprimée depuis plusieurs années ; son père, très introverti, souffre de divers problèmes somatiques (hypertension, pontage coronarien en 1998).
- L'oncle de Mr H. souffrait de psychose également et s'est suicidé aux alentours de la naissance de son neveu (entre 1970-1975).

- Antécédents personnels et médicaux

Selon les informations recueillies au sein des dossiers, certains faits se rapportent à des dates ou périodes plus ou moins précises :

- A l'âge de 15-16 ans, Mr. H. tombe très amoureux d'une jeune fille et dira ne plus jamais avoir vécu une expérience pareille par la suite.
- Jusque 1990, Mr. H. poursuit sa scolarité en option latin-grec et termine ses études à l'âge de 17 ans sans aucun problème.

⁶¹ HAS : L'hôpital d'accueil spécialisé.

- De 1990 à +/- à 1993 : Mr. H. entreprend plusieurs fois des études (journalisme, marketing, 1 an en Angleterre pour l'apprentissage de l'Anglais) qu'il abandonnera toutes après quelques mois.
- 1991-1992 : 1ers troubles psychiques apparaissent et Mr. H. commence à fumer du cannabis.
- 1995 : consultations chez deux psychiatres.
- 1997 : consommations sévères de cannabis (et peut-être déjà de l'héroïne et de la cocaïne).
- 1999 : actes de délinquances (motivés par son manque de moyens financiers) dans un super marché ainsi que dans une pompe à essence, avec violences verbales et physiques (il tentera de mettre le feu à toute la station pour finalement ne faire prendre flamme qu'au paillason). Dès lors, le patient est placé sous le régime de la défense sociale et Mr. H. est incarcéré dans le cadre d'une contrainte de soins imposée par la commission de la défense sociale. S'en suit une postcure en institution psychiatrique.
- 2001 : arrêté par la police hollandaise pour détention et prise de drogues, MR. H. est incarcéré durant 6 mois.
- 2003 : la contrainte du juge est levée.
- 2005 : le patient retourne vivre chez ses parents.
- 2006 : plus de crises majeures mais le patient continue ses consultations chez plusieurs médecins psychiatres et ceux-ci suspectent une psychose chronique. Dès lors, le patient accepte de faire un travail thérapeutique à long terme.
- 10 octobre 2006 : de nombreuses tensions familiales augmentent l'agressivité du patient qui se retourne envers ses parents et l'amènent à une tentative de suicide. Le Juge de Paix préconise alors un éloignement (de ses parents). Peu de temps après, le patient fait preuve d'agressivité majeure vis-à-vis de ses parents, dans un cadre de décompensation psychotique, et il est mis en observation à l'HAS à la Clinique Fond'Roy.
- 27 février 2007 jusqu'à nos jours: Unité 3 au sein de la Clinique Fond'Roy. A ce jour, Mr. H. est radié de son domicile par décision du Juge pour « non respect de l'autorité ainsi que de l'intégrité physique de ses parents ». Cette décision prendra fin le 19.11.07.

Analyse des facteurs de risques

- Risques biologiques

Risques liés à l'état de santé et à la condition physique : l'état de maladie mentale rend Mr. M. susceptible d'hypothéquer sa santé.

- Risques liés aux comportements individuels et sociaux :

- *Risques liés à l'usage de substances toxiques* : la prise de cocaïne, héroïne ou autre substances habituelles de Mr. H. pourrait aggraver sérieusement l'état de santé du patient, voir entraîner la mort ou laisser de graves séquelles.
- *Risques liés aux comportements* : le non respect des règles tels que l'usage de substances toxiques au sein de la clinique (arrivé plusieurs fois) pourrait finalement mener à l'expulsion du patient de l'établissement avec tout ce que cela induit, par exemple, une désinsertion sociale.

Analyse des facteurs personnels

Les aptitudes sont analysées selon les items repris dans le « GROUPE » (Grille d'observation du patient psychiatrique en ergothérapie). Cf. Annexe A.

Synthèse des problèmes

Mr. H., âgé de 34 ans, est un patient au lourd passé thérapeutique. En effet, il a commencé à consulter médecins et psychiatres un peu avant l'âge de 20 ans. Ces nombreuses tentatives d'études marquèrent le début des premiers troubles psychiques du patient. Actuellement, le patient est hospitalisé depuis le 10 Octobre 2006 à la Clinique Fond'Roy.

Mr. H. apparaît comme quelqu'un très discret, doux, calme, paisible... Il se mêle souvent aux activités proposées et, pourtant, il passerait presque inaperçu. Mr. H. est, à ma connaissance quelqu'un de bonne volonté, rarement en désaccord avec le cadre institutionnel et, pourtant, il transgresse les lois en consommant des drogues à l'intérieur de l'institution. Il entretient de bons contacts sociaux avec les autres patients mais c'est rarement lui qui va vers les autres pour entamer une conversation.

Mr. H. a un comportement fort régulier et monotone : il ne formule presque jamais de demande et est toujours d'accord avec ce qu'on lui propose. Il montre très peu d'affects, ni de souhaits. Bref, il est difficile d'imaginer qu'il puisse être très agressif.

Lorsqu'il parle de sa présence dans l'institution avec les thérapeutes, il dit « Je suis ici pour faire plaisir à ma mère ».

Mr. H. nie l'existence de sa maladie (absence de conscience morbide de son état) pourtant bien diagnostiquée comme étant une psychose chronique, c'est-à-dire qu'il accueille son diagnostic mais n'en tiens absolument pas compte. Il dit aussi que sa consommation de drogues ne lui pose aucun problème sauf d'un point de vue financier ainsi que pour l'approvisionnement. Pour lui se droguer est un apaisement anxiolytique : « cela me fait du bien », dira-t-il.

○ **Planification**

Concernant la prise en charge de Mr. H., mes objectifs sont :

- *la prise d'initiative* : Mr. H. sera capable de prendre certaines initiatives. Ex : se rendre seul à l'atelier théâtre, ou encore, se proposer lors d'un exercice

d'improvisation. Et ce, afin d'augmenter son autonomie lors de sa sortie de la clinique.

- la communication verbale (émettre un souhait) : Mr. H. sera capable d'utiliser la parole pour émettre un souhait, une envie... Ex : lors de l'atelier théâtre, il sera capable de choisir son partenaire en fonction de ses envies. Et ce, afin de faciliter ses démarches sociales futures.
- la démonstration des affects : Mr. H. sera capable de monter certaines émotions. Ex : lors de certains exercices où l'on doit dire la même phrase avec différentes émotions (la peur, la joie, la tristesse, la jalousie...). Et ce, afin de faciliter ses futures relations affectives et sociales.
- le plaisir : Mr. H. sera capable de prendre plaisir dans ce qu'il fait. Ex : lors de l'activité théâtre, il sera capable de ressentir le plaisir de jouer et d'échanger avec les autres participants. Et ce, afin d'augmenter sa qualité de vie.

○ **Exécution**

Analyse de l'activité théâtre

- Analyse structurelle

- Catégorie : activité productrice.
- Activité : activité de groupe.
- Technique utilisée : les techniques d'improvisation et de théâtre (mise en scène).
- Adaptation ou alternative nécessaire : aucune.
- Organisation nécessaire : si le local n'est pas une salle de théâtre, il est nécessaire de délimiter l'espace scénique et l'espace réservé au public, ainsi qu'une entrée en coulisse.
- Apprentissage : aucun apprentissage en particulier n'est nécessaire.
- Etapas : l'activité comporte deux parties. La première est réservée aux échauffements et la seconde consacre plus de temps au travail scénique et de mise en scène.
- Lieu de l'activité : dans un local appartenant à l'hôpital de jour « Le Quotidien » situé dans le même enceinte que la clinique.
- Horaire : tous les lundis après-midi.
- Durée de l'activité : de 14h à 15h30.
- Connaissance particulière de l'activité : aucune connaissance particulière n'est nécessaire.

- Analyse clinique

Les aptitudes nécessaires sont reprises selon les items du PPH ⁶² :

- *Aptitudes reliées aux activités intellectuelles :*
 - Conscience de la réalité* : le participant doit pouvoir réaliser un minimum qu'il se trouve au sein de l'hôpital et qu'il participe à une activité théâtre avec un animateur et d'autres participants (l'activité ne convient pas aux patients en crise ou dans un délire constant, par exemple).
 - Mnésie - mémoire à court terme* : pouvoir retenir les consignes données juste avant une improvisation ou encore se rappeler des quelques lignes d'un texte qu'il vient de lire afin de pouvoir les restituer.
 - Conception* : le participant doit pouvoir un générer des idées minimum. Ex : lors d'une improvisation à deux.
- *Aptitudes reliées au langage :*
 - Parole – voix* : la parole est un des outils principaux nécessaires pour tous les exercices (aussi bien pendant l'échauffement que pendant le travail théâtral).
 - Expression verbale* : afin de pouvoir s'exprimer dans le même langage que tout le monde.
 - Compréhension de l'expression verbale* : elle est nécessaire afin de comprendre les consignes ou commentaires faits par l'animateur.
- *Aptitudes reliées aux comportements :*
 - Motivation* : un minimum de motivation est nécessaire afin de s'investir dans l'activité car le but n'est pas d'être là en tant que spectateur.
 - Contrôle des pulsions* : ne convient pas au patients en crise.
- *Aptitudes reliées aux activités motrices :*
 - Position statique posturale* : le participant doit être capable de se tenir dans une position globale en assis et en debout.
 - Mouvements volontaires des parties du corps* : le corps étant un des outils principaux utilisés lors de cette activité, il doit pouvoir être mis en mouvement (plusieurs parties de celui-ci seront stimulées).
 - Mobilité* : indispensable afin de ne pas rester figé durant tous les exercices.
- *Aptitudes reliées à la respiration :*
 - La respiration* : la parole sur scène demande une certaine maîtrise de la respiration.

○ **Evaluation sommative**

Lors de ma prise en charge avec Mr. H., j'ai tenté d'être fort présente (par la communication non verbale : le regard, par exemple) et de le stimuler légèrement afin qu'il ne « fasse » pas oublier. Bien sûr, mon but n'était pas de l'infantiliser mais plutôt de le soutenir.

⁶² FOUGEYROLLAS, CLOUTIER, BERGERON, Et Al., Processus de Production du Handicap.

J'ai, en certaines occasions, été un peu plus directive en invitant sérieusement Mr. H. à se lancer dans un exercice ou un autre.

J'ai observé que Mr. H. transmettait des émotions lors de certains exercices prévus à cet effet : la jalousie, et la tristesse sont des émotions qu'il est parvenu à bien exprimer.

Lors de la verbalisation, Mr. H. a dit qu'il avait pris plaisir à participer à l'activité théâtre et qu'il avait envie de recommencer.

La prise d'initiative reste encore difficile chez Mr. H., il ne se lance jamais tout seul sans qu'on ne l'y invite. Et lors de la préparation d'une improvisation en sous-groupe, il ne donne pas encore d'idées mais accepte toutes celles des autres.

Le travail de certains objectifs a donc été amorcé mais cela demanderait un travail à plus long terme afin d'en observer l'évolution.

En conclusion, j'émettrais l'hypothèse qu'il me semble fort probable qu'une prise en charge ergothérapeutique à plus long terme, ciblée et construite au sein de l'activité théâtre offrirait à Mr. H., un lieu de progrès certains au niveau de l'affirmation de soi, ainsi que de son rapport à la réalité et aux autres.

○ **Attentes et apports de l'activité**

Afin d'illustrer mes propos, j'ai décidé de retranscrire certains extraits des interviews faites avec Mr. H. et Mr. M.

Les attentes du participant

...

« Le théâtre, ce n'est pas difficile pour moi mais parfois ça me fait peur quand même.

...

J'aimerais que ça m'aide à vaincre ma timidité.

...

Découvrir un nouveau monde, quelque chose d'inconnu ».

Les apports de l'activité

...

« Ce qui est vraiment gai, c'est de pouvoir raconter des choses invraisemblables à quelqu'un en lui faisant croire que c'est vrai.

...

Les jours où j'ai peur, les exercices d'échauffement me permettent d'avoir moins peur pour la suite.

...

J'ai été surpris la première fois car je pensais qu'on allait choisir une pièce de théâtre, l'étudier et la jouer. Mais en fait, on fait plein d'autres choses, mais c'est très bien comme ça.

...

Cela me rappelle des bons souvenirs lorsque j'étais avec des amis.

...

C'est un endroit où on peut rigoler et blaguer ».

Présentation détaillée du cas clinique de Mr. M.

○ **Evaluation formative**

Identité psychosociale de la personne

- M. S.
- Homme.
- 64 ans.
- Divorcé.
- Institutionnalisé à l'H.A.S depuis le 9 avril 07 pour décompensation psychotique avec troubles du comportement et confusion.
- Placé sous le régime de la défense sociale.
- Mr. M. est un patient qui, à certains moments se rend compte de ses difficultés et à ce moment là, dit vouloir se soigner et s'en sortir pour ainsi retourner vivre avec sa femme.
- Mr. M. est très intéressé par les arts de la peinture et du dessin. Il aime beaucoup aller au théâtre mais également en faire.
- Mr. M. vit seul avec sa fille depuis 1992.

Diagnostic médical

Le diagnostic de Mr. M. est une psychose paranoïde déclarée depuis 1981.

Antécédents personnels

Antécédents familiaux

- Mr. M. est issu d'une famille de 6 enfants (5 frères et 1 sœur).
- Les parents de Mr. M. sont morts depuis quelques années. Sa mère était toxicomane (tranquillisants) et a subi de nombreuses hospitalisations (notamment à « La Clinique Fond'Roy ») pour désintoxication aux médicaments. Son père avait été diagnostiqué comme étant atteint d'une psychose maniaco-dépressive.

Antécédents personnels et médicaux

- En 1981, lors du diagnostic de la psychose paranoïde, Mr. M. a énormément d'hallucinations auditives et visuelles. Il dit notamment avoir vu Dieu, et d'autres personnalités qu'il nommera « effrayantes ».
- Au moment de son divorce en 1990, Mr. M. ne supporte pas la séparation et fait un épisode dépressif majeur.
- Mr. M. était régent en langues germaniques mais dit avoir arrêté sa profession à cause de ses hallucinations.

Analyse des facteurs de risques

- **Risques biologiques :**

- Risques associés à l'état de santé et à la condition physique : l'état de maladie mentale rend Mr. M. susceptible d'hypothéquer sa santé.
- Risques liés aux comportements individuels et sociaux :
 - Risques liés aux comportements de la personne : les hallucinations de Mr. M. pourrait l'amener à avoir des comportements étranges voir dangereux pour lui ou pour les personnes qui l'entourent.

Analyse des facteurs personnels

Les aptitudes sont analysées selon les items repris dans le « GROPE » (Grille d'observation du patient psychiatrique en ergothérapie). Cf. Annexe B.

Synthèse des problèmes

Mr. M. est un patient d'un certain âge (64 ans) atteint de psychose paranoïde depuis 1981. Anciennement régent en langues germaniques, il s'est vu contraint de mettre fin à sa carrière car ses hallucinations l'empêchaient de travailler. Depuis lors, il a été hospitalisé de nombreuses fois, notamment à « La Clinique Fond'Roy » toujours pour décompensation psychotique. Aujourd'hui, Mr. M. alterne les périodes de lucidité avec celles pendant lesquelles ces hallucinations (auditives et visuelles) le rattrapent. Il est capable de se rendre compte de ses difficultés pendant les périodes où celles-ci ne sont pas trop importantes.

Au sein de « La Clinique Fond'Roy », Mr. M. est un patient qui erre beaucoup dans les couloirs et qui semble toujours avoir beaucoup de choses à faire. Il est très difficile pour Mr. M. de s'investir dans une activité du début jusqu'à la fin : il arrive systématiquement en retard et trouve toujours une bonne excuse pour quitter l'activité une ou plusieurs fois.

Son agenda est son aide mémoire car Mr. M. éprouve de grosses difficultés à retenir ses rendez-vous et autres : il y note donc tout.

Les neuroleptiques ont des effets secondaires sur Mr. M. comme de sérieux tremblements qui l'entravent dans les activités (manuelles et autres). En effet, en plus de porter atteinte à son graphisme, ses tremblements monopolisent son esprit, l'empêchent de se concentrer et lui donnent une mauvaise image de lui. Il se sent diminué et dit en souffrir car ceux-ci lui rappellent qu'il est « malade ».

○ Planification

Concernant la prise en charge de Mr. M., mes objectifs sont :

- La mémorisation : Mr. M. sera capable de se rappeler des consignes énoncées pour un exercice ou encore de mémoriser la réplique qu'il vient de lire afin de la restituer. Et ce, afin d'augmenter son autonomie.
- La structuration dans le temps : Mr. M. sera capable d'arriver à l'heure à l'activité ainsi que de ne pas quitter celle-ci avant le fin. Et ce, afin d'améliorer sa vie sociale.

- La concentration : Mr. M. sera capable de rester concentré toute la durée d'un exercice (20 minutes maximum). Et ce, afin d'arriver à un meilleur aboutissement des tâches de la vie quotidienne.
- L'estime de soi : Mr. M. sera capable de reconnaître qu'il est capable de fonctionner même avec ses tremblements et qu'il n'est pas pour autant « bon à rien » (selon ses dires). Afin de gagner de l'assurance et d'assumer son rôle au sein de la société.

○ Exécution

Analyse de l'activité théâtre

- Analyse structurelle

- Catégorie : activité productrice.
- Activité : activité de groupe.
- Technique utilisée : les techniques d'improvisation et de théâtre (mise en scène).
- Adaptation ou alternative nécessaire : aucune.
- Organisation nécessaire : si le local n'est pas une salle de théâtre, il est nécessaire de délimiter l'espace scénique et l'espace réservé au public, ainsi qu'une entrée en coulisse.
- Apprentissage : aucun apprentissage en particulier n'est nécessaire.
- Etapas : l'activité est séparée en deux parties. La première est réservée aux échauffements et la seconde consacre plus de temps au travail scénique et de mise en scène.
- Lieu de l'activité : dans un local appartenant à l'hôpital de jour « Le Quotidien » situé dans le même enceinte que la clinique.
- Horaire : tous les lundis après-midi.
- Durée de l'activité : de 14h à 15h30.
- Connaissance particulière de l'activité : aucune connaissance particulière n'est nécessaire.

- Analyse clinique

Les aptitudes nécessaires sont reprises selon les items du PPH⁶³ :

- Aptitudes reliées aux activités intellectuelles :
 - Conscience de la réalité : le participant doit pouvoir réaliser un minimum qu'il se trouve au sein de l'hôpital et qu'il participe à une activité théâtre avec un animateur et d'autres participants (l'activité ne convient pas aux patients en crise ou dans un délire constant, par exemple).
 - Mnésie - mémoire à court terme : pouvoir retenir les consignes données juste avant une improvisation ou encore se rappeler des quelques lignes d'un texte qu'il vient de lire afin de pouvoir les restituer.

⁶³ Idem.

-*Conception* : la participant doit pouvoir un générer certaines idées un minimum. Ex : lors d'une improvisation à deux.

- *Aptitudes reliées au langage :*

-*Parole – voix* : la parole est un des outils principaux nécessaire pour tous les exercices (aussi bien pendant l'échauffement que pendant le travail théâtral).

-*Expression verbale* : afin de pouvoir s'exprimer dans le même langage que tout le monde.

-*Compréhension de l'expression verbale* : elle est nécessaire afin de comprendre les consignes ou commentaires faits par l'animateur.

- *Aptitudes reliées aux comportements :*

-*Motivation* : un minimum de motivation est nécessaire afin de s'investir dans l'activité car le but n'est pas d'être là en tant que spectateur.

-*Contrôle des pulsions* : ne convient pas au patients en crise.

- *Aptitudes reliées aux activités motrices :*

-*Position statique posturale* : le participant doit être capable de se tenir dans une position globale en assis et en debout.

-*Mouvements volontaires des parties du corps* : le corps étant un des outils principaux utilisés lors de cette activité, il doit pouvoir être mis en mouvement (plusieurs parties de celui-ci seront stimulées).

-*Mobilité* : indispensable afin de ne pas rester figé durant tous les exercices.

- *Aptitudes reliées à la respiration :*

-*La respiration* : la parole sur scène demande une certaine maîtrise de la respiration.

- ***Evaluation sommative***

Durant ma prise en charge, j'ai avant tout tenté d'être structurante. Pour cela, j'ai tout d'abord aidé Mr. M. à garder son agenda à jour et je lui ai rappelé tous les matins et midi les heures de début et fin de l'activité. Pendant l'activité, j'ai également rappelé l'heure qu'il était environ au milieu de la séance, ainsi que le temps qu'il restait encore. Je relève que Mr. M est arrivé à l'heure à deux reprises et a également réussi à ne pas quitter l'atelier plus tôt lors de l'une des deux séances auxquelles il a participé.

Selon la présence ou non de Mr. M. à l'activité théâtre, j'ai donné la priorité à certains exercices qui pouvaient l'aider à travailler sa mémoire. Ses difficultés à ce niveau restent toujours fort présentes : Mr. M. n'arrivant pas toujours à se rappeler de la réplique qu'il vient de lire.

En ce qui concerne la concentration, Mr. M. a pu faire preuve d'efforts et de sérieux progrès à constater d'une séance à l'autre. Lors de la première, celui-ci ne restait pas une minute en place était très distrait par ce qu'il se passait dehors et chez son voisin, tandis que lors de la seconde séance, Mr. M. à été capable de rester concentré tout au long de la première partie et un peu moins lors de la seconde.

Mr. M. éprouve toujours beaucoup de difficultés à accepter ses tremblements, il a toujours tendance à avoir une mauvaise opinion de lui. Bien sûr, retrouver l'estime de soi ne s'opère pas en deux fois 1h30, c'est un travail qui devrait être poursuivi à plus long terme avec Mr. M.

En conclusion, j'émettrai l'hypothèse qu'il m'apparaît que l'activité théâtre semble avoir un apport certain sur la prise de conscience de certaines difficultés personnelles de Mr. M., ainsi que d'arriver à pouvoir parler plus librement avec d'autres, ce qui permettraient un travail ultérieur plus approfondi sur celles-ci. Et enfin, offrir un lieu où Mr. M. semble se défendre, prendre du plaisir, et accepter de recevoir des critiques venant d'un autre sans que celles-ci ne soient vécues de manière trop anxiogène.

○ **Attentes et apports de l'activité**

Les attentes du participant

...

« J'ai des problèmes de mémoire et j'ai aussi le trac, je pense que le théâtre peut tout à fait m'aider à gérer ça.

...

Pour moi, le théâtre, je n'aime pas le recopier, j'aime qu'il y ait un fond d'humour, c'est ça que je recherche.

...

J'aimerais pouvoir faire sortir des choses en moi qui dorment, parce que c'est plus facile qu'avec le dessin ou la peinture, par exemple.

...

Pour moi, j'aimerais arriver à jouer sans faire de mal à personne, c'est comme se laisser aller sans faire de mal à personne.

Je suis créatif et j'ai besoin d'activités qui me permettent d'être créatif ».

Les apports de l'activité théâtre

...

« Le théâtre c'est un bon moyen, car cela me met en forme, de bonne humeur et fait surgir une partie de créativité en moi.

...

Cela permet d'accepter les critiques pour s'améliorer.

...

J'ai une mémoire de paranoïaque, j'ai des souvenirs extraordinaires, des moments où j'ai été tel ou tel personnage, dans tel ou tel pays, qui me font rire aujourd'hui. Cela ne me fait pas peur de rejouer ses personnages et de me moquer de moi-même, au contraire, ça me fait rire.

...

Je me sens tout à fait libre dans l'improvisation ».

Conclusions et intérêts de cette technique

Dans le cadre de cette réflexion sur le moyen thérapeutique qu'est le théâtre, mes observations ainsi que mes interventions m'ont amenées à tirer cette première conclusion : les effets thérapeutiques probables du théâtre font référence à des concepts principalement abstraits, subjectifs et difficilement quantifiables.

Néanmoins, si l'on reprend les objectifs ergothérapeutiques généraux concernant cette activité, on peut souligner que certains d'entre eux peuvent être entamés mais qu'il est difficile de dire qu'ils soient atteints. En effet, un travail thérapeutique avec des personnes ayant de telles difficultés ne peut se faire en quelques semaines. C'est pourquoi, il m'a été utile de fixer des objectifs plus spécifiques à chacun des participants, ces objectifs étant plus réalisables sur le court terme. Effectivement, j'ai observé des changements, des signes de dévolution, etc.

L'intérêt de pratiquer une telle activité avec des personnes psychotiques tient probablement dans un premier temps, dans la notion au rapport à la réalité. En effet, le fait d'être sur scène, de jouer, d'inventer et d'imaginer recrée un rapport à la réalité différent mais, qui, paradoxalement à ce que l'on pourrait en croire, aide à retrouver une meilleure perception de la réalité de tous.

Enfin, d'autres objectifs tels que l'augmentation de l'estime de soi, de la confiance en soi, la prise d'initiative, la prise de plaisir, ... font parties des objectifs que l'on peut qualifier comme étant entamés ou amorcés.

CONCLUSION

La concrétisation de mon projet de fin d'études a confirmé mon intérêt profond pour la psychiatrie. Ma conclusion générale est que cette science, encore inexacte, ouvre, plus que jamais, les portes à de nouvelles explorations.

Ce travail vérifie la complexité et l'étendue du secteur psychiatrique. La perfection n'étant que très rarement atteinte, il serait toujours possible de le compléter. Je pense notamment, ici, à la comparaison de deux activités théâtre proposées par un ergothérapeute dans deux institutions différentes, ou encore, à l'approfondissement de l'importance du travail de co-animation entre un ergothérapeute et un autre soignant dans un institution psychiatrique.

La réalisation de ce mémoire n'a pas été sans difficultés. Dans un premier temps, mes connaissances de bases en psychiatrie m'ont demandé un investissement théorique supplémentaire afin de pouvoir affiner mes observations dans la pratique. Dans un second temps, l'activité théâtre, telle qu'elle est abordée au CAT, m'a imposé un travail à court terme loin d'être aisé.

Ma recherche, basée avant tout sur une science humaine ainsi que sur des concepts essentiellement subtils et subjectifs, ne m'a permis de démontrer mon hypothèse de départ telle une formule de mathématique. Néanmoins, je peux, aujourd'hui, affirmer que les effets thérapeutiques quant à la pratique d'un atelier théâtre avec des patients psychotiques sont plus que probables. En effet, nous retiendrons surtout que le rapport à la réalité, modifié chez le sujet psychotique, peut réellement se voir amélioré grâce à la technique théâtrale. D'autres objectifs plus spécifiques tels que l'estime de soi, la prise de plaisir ou la communication verbale peuvent également évoluer.

Finalement, je confirme que la technique théâtrale abordée par l'ergothérapeute est certainement d'une grande richesse auprès de patients psychotiques.

ANNEXE A

GROPPE = GRILLE OBSERVATION PATIENT - PSYCHIATRIE - ERGOTHERAPIE

Cette grille est conçue à partir d'un rapport d'ergothérapie élaboré par le REP, à partir de la classification québécoise PPH de P.Fougeyrollas, Québec, 1998 et de discussions avec des ergothérapeutes. Cette grille est à usage pédagogique.

NOM : H PRENOM : R

DATE : Le 08 juillet 2007

ERGOTHERAPEUTE : Aleksandra Fivé

Présentation de soi (vêtements, coiffure, maquillage, propreté.)	Mr. H. est un homme qui présente bien, il est toujours rasé et bien coiffé. Sa tenue vestimentaire est tout à fait correcte.
Expression du visage (mimique...)	Son visage est assez figé et la seule expression que j'arrive à percevoir est lorsqu'il souri.
Psychomotricité	Adéquat.
Langage	Mr. H. parle en français.
Humeur ou état émotionnel	Son humeur est assez stable et très monotone.
Pensée (cohérence, logique...)	Sa forme de pensée est construite et sans difficultés majeures.
Perception de la réalité	Mr. H. est conscient de se trouver à la clinique Fond'Roy, par contre il nie complètement sa maladie.
Comportement général	Mr. H. est quelqu'un d'assez passif qui ne s'adresse quasiment pas aux thérapeutes, ni aux patients. Il est fort présent lors des activités et est très indépendant dans ce qu'il entreprend.

Manifestations d'effets secondaires aux médicaments.	Quelques fois des fourmillements dans la jambe gauche.
--	--

ANALYSE DES APTITUDES DE LA PERSONNE

Aptitudes reliées aux activités intellectuelles

<i>Attention Concentration</i>	Mr. H. est toujours très concentré ! Il ne se laisse pas facilement distraire par des stimuli extérieurs.
<i>Conscience de la réalité</i>	Il a conscience d'être hospitalisé à le Clinique Fond'Roy, mais dit être venu pour faire plaisir à sa maman et ne reconnaît pas être malade.
<i>Conscience de soi</i>	Il a bien conscience de lui physiquement et corporellement.
<i>Orientation spatiale</i>	Adéquat.
<i>Orientation temporelle</i>	Adéquat.
<i>Mémoire à court terme</i>	Adéquat.
<i>Mémoire à long terme</i>	Adéquat.
<i>Organisation séquentielle</i>	Adéquat.
<i>Conception Réflexion</i>	Adéquat.
<i>Raisonnement</i>	Adéquat.
<i>Jugement</i>	Adéquat.
<i>Anticipation</i>	Adéquat.
<i>Créativité</i>	Mr. H. est très scolaire. Lors d'un dessin de nature morte par exemple, il tente de le reproduire exactement.

Aptitudes reliées au langage

	Parole compréhensible	Adéquat.
	Voix	Adéquat.
	<i>Adaptation aux situations de communication</i>	Adéquat.
	<i>Adaptation à l'interlocuteur</i>	Je ne remarque pas d'adaptation chez Mr. H.
	<i>Compréhension de l'expression verbale</i>	Très bonne compréhension.
	Expression du langage écrit	Adéquat.
	<i>Compréhension du langage écrit</i>	Adéquat.
	<i>Contact visuel</i>	Mr. H. garde toujours le contact visuel.
	<i>Expression gestuelle et posturale</i>	Adéquat.
	<i>Expression graphique</i>	Adéquat.
	Pleurs	Je n'ai jamais vu Mr. H. pleurer.
	<i>Rire</i>	Je n'ai jamais vu Mr. H. rire.
	<i>Compréhension de l'expression non verbale</i>	Adéquat.

Aptitudes reliées aux comportements

<i>Motivation</i>	Mr. H. est un patient qui vient lui-même aux activités sans qu'on doive aller le chercher et le motiver dans son unité.
<i>Décision</i>	Il est très peu souvent en désaccord, il dit « oui » à presque tout.
<i>Initiative</i>	Mr. H. prend très peu d'initiatives mais malgré tout il s'intéresse. Par exemple, si on lui propose une nouvelle technique, il s'y intéresse et l'expérimente.
<i>Persévérance</i>	Une fois qu'il commence quelque chose, Mr. H. termine.
<i>Intérêt</i>	Voir plus haut.
Souplesse	Extrêmement souple.
<i>Patience</i>	Très patient. Mr. H. peut attendre plusieurs heures si nécessaire, sans dire un mot.
<i>Désir</i>	Je n'ai encore jamais vu Mr. H. exprimer un quelconque désir.
Expression des émotions	Très monotone. Il est toujours poli et renvoi des sourires ou rien.
<i>Estime de soi</i>	Adéquat.
Sentiment d'appartenance au groupe	Mr. H. ne s'isole pas, il est toujours au milieu du groupe mais reste extrêmement discret.
Indépendance	Très indépendant.
<i>Présentation de soi</i>	Adéquat.
<i>Affirmation de soi</i>	Mr. H. se montre assez timide.
<i>Spontanéité</i>	Très peu.

<i>Sens des responsabilités</i>	A l'extérieur, il a toujours été très difficile pour Mr. H. de gérer un budget financier par exemple. Aux dires de ses parents, il n'est pas responsable.
Imitation	Mr. H. est très imitateur, lors des activités manuelles surtout.
<i>Sécurité personnelle</i>	Mr. H. a déjà mis plusieurs fois sa sécurité personnelle ainsi que celle des autres en danger dans le passé.
<i>Adaptation aux situations</i>	S'adapte très facilement. Par exemple, lorsqu'une activité est annulée pour une raison ou pour une autre, MR. H. réagit fort peu et fait autre chose.
<i>Sociabilité</i> → Thérapeutes → Patients	Fort timide mais sociable avec certains autres patients. Par contre, très peu sociable avec les thérapeutes.
Intimité	Adéquat.
<i>Coopération</i> → Thérapeutes → Patients	Adéquat.
Contrôle des émotions	Gros contrôle, ne laisse rien percevoir.
<i>Contrôle des pulsions</i>	Gros contrôle, ne laisse rien percevoir.
<i>Spontanéité</i>	C'est plutôt rare, mais il arrive que Mr. H. tout d'un coup nous pose une question ou nous fasse une réflexion.
Relaxation	Adéquat.
<i>Ecoute</i> → Thérapeutes → Patients	Fait preuve de beaucoup d'écoute.

<i>Respect des règles</i> + Rangement de l'atelier	Adéquat.
<i>Planifier</i>	Adéquat.
Comportement face au résultat	Très peu de commentaires ou d'expression d'un sentiment.
Investissement de l'espace	Mr. H. utilise bien l'espace dont il dispose.
Conduites compulsives.	Déjà produites auparavant.

Aptitudes reliées aux sens et à la perception

Faim (+ effet secondaires des médicaments) Soif (+ potomanie) Satiété (+boulimie)	Adéquat.
<i>Douleur</i>	Adéquat.
Fonctions proprioceptives	Adéquat.

	Sens de la tension musculaire	Adéquat.
	<i>Sens du déplacement et de l'équilibre du corps.</i>	Adéquat.
	<i>Vision</i> (précisez si hallucinations)	Mr. H. à déjà parlé d'hallucinations visuelles dans le passé mais plus ces derniers temps.
	<i>Audition</i> (hallucinations)	Hallucinations auditives selon les moments.
	<i>Goût</i> <i>Odorat</i>	Adéquat.
	<i>Toucher</i>	Adéquat.

Aptitudes reliées aux activités motrices

	Agitation Inhibition	Grande inhibition.
	Gestualité (théâtrale, stéréotypée,....)	Adéquat.

	Catatonie	Adéquat.
	Asthénie	Adéquat.
	Position debout	Adéquat.
	Position assise	Adéquat.
	MOBILITE Marche	Adéquat.
	Habilité	Adéquat.
	Maladresse	Adéquat.
	Tremblement des mains	Aucun.
	Tenue d'un outil	Adéquat.
	Praxies	Adéquat.

Aptitudes reliées à la respiration et à la digestion

Souffler, bailler ...	Adéquat.
Mâchonner (effets secondaires .neuroleptiques ?) vomir,... (anorexie, boulimie...)	Adéquat.

Aptitudes reliées à la protection et à la résistance

<i>Tolérance à l'environnement</i>	Adéquat.
<i>Résistance à l'effort physique</i> <i>Résistance à l'effort mental</i>	Adéquat.
<i>Endurance à l'effort (prolongé) physique</i> <i>Endurance à l'effort (prolongé) mental</i>	Adéquat.

ANNEXE B

GROPPE = GRILLE OBSERVATION PATIENT - PSYCHIATRIE - ERGOTHERAPIE

Cette grille est faite à partir d'un rapport d'ergothérapie élaboré par le REP, à partir de la classification québécoise PPH de P.Fougeyrollas, Québec, 1998 et de discussions avec des ergothérapeutes. Cette grille est à usage pédagogique.

NOM : M. PRENOM : S.

DATE : Le 10 juillet 2007

ERGOTHERAPEUTE : Aleksandra Fivé

Présentation de soi (vêtements, coiffure, maquillage, propreté.)	Adéquat.
Expression du visage (mimique...)	Expression très monotone.
Psychomotricité	Adéquat.
Langage	Mr. M. bégaie.
Humeur ou état émotionnel	Mr. M. est souvent de bonne humeur.
Pensée (cohérence, logique...)	Mr. M. est fréquemment incohérent dans ses propos, notamment lorsqu'il parle de son ex-femme, avait qui il prétend vivre alors qu'ils sont divorcés.
Perception de la réalité	Selon les moments, ou les jours, Mr. M. est dans sa réalité ou plus ou moins dans notre réalité à tous.
Comportement général	Mr. M. est quelqu'un qui se déplace et erre beaucoup dans les couloirs et pendant les activités. Il ne lui est pas rare de quitter une activité (parfois à plusieurs reprises) sans donner de raison.
Manifestations d'effets secondaires aux médicaments.	Les neuroleptiques lui donnent de tremblements involontaires importants au niveau des quatre membres.

ANALYSE DES APTITUDES DE LA PERSONNE

Aptitudes reliées aux activités intellectuelles

<i>Attention Concentration</i>	Mr. M. éprouve certaines difficultés de concentration : une activité de plus de quelques minutes lui pose des difficultés.
<i>Conscience de la réalité</i>	Selon les jours, Mr. M. vit dans la même réalité que nous mais il lui arrive aussi de vivre dans la sienne sans s'en rendre compte.
<i>Conscience de soi</i>	Adéquat.
<i>Orientation spatiale</i>	Adéquat.
<i>Orientation temporelle</i>	Mr. M. éprouve de réelles difficultés pour arriver à l'heure à l'atelier théâtre.
<i>Mémoire à court terme</i>	Mr. M. retient difficilement les consignes, ou la réplique que son interlocuteur vient de lui donner pendant l'atelier théâtre.
<i>Mémoire à long terme</i>	Mr. M. éprouve de réelles difficultés pour retenir les informations qui dépassent quelques jours, il a toujours avec lui son agenda dans lequel il note tout pour éviter d'oublier.
<i>Organisation séquentielle</i>	Adéquat.
<i>Conception Réflexion</i>	Mr. M. éprouve une grande facilité à générer des idées (lors de l'atelier théâtre par exemple).

<i>Raisonnement</i>	Adéquat.
<i>Jugement</i>	Adéquat.
<i>Anticipation</i>	Adéquat.
<i>Créativité</i>	Mr. M. est créatif, cela se remarque lors des ateliers dessin et peinture.

Aptitudes reliées au langage

	Parole compréhensible	Adéquat.
	Voix	Adéquat.
	<i>Adaptation aux situations de communication</i>	Adéquat.
	<i>Adaptation à l'interlocuteur</i>	Adéquat.
	<i>Compréhension de l'expression verbale</i>	Adéquat.
	Expression du langage écrit	Adéquat.
	<i>Compréhension du langage écrit</i>	Adéquat.

<i>Contact visuel</i>	Mr. M. ne regarde que très rarement les personnes à qui il s'adresse. Son regard est très inconstant et assez fuyant.
<i>Expression gestuelle et posturale</i>	Adéquat.
<i>Expression graphique</i>	Les tremblements de Mr. M. se ressentent beaucoup lorsqu'il dessine ou écrit. Son trait est tremblant et malhabile.
Pleurs	Adéquat.
<i>Rire</i>	Adéquat.
<i>Compréhension de l'expression non verbale</i>	Adéquat.

Aptitudes reliées aux comportements

<i>Motivation</i>	Adéquat.
<i>Décision</i>	Adéquat.
<i>Initiative</i>	Mr. M. prend souvent des initiatives. Lors des improvisations il est souvent le premier à se proposer.
<i>Persévérance</i>	Mr. M. à l'air d'être quelqu'un qui veut continuer à apprendre.
<i>Intérêt</i>	Mr. M. est quelqu'un qui s'intéresse à ce que font les autres patients pendant les ateliers, il pose des questions etc.

Souplesse	Adéquat.
<i>Patience</i>	Mr. M. est quelqu'un qui ne reste pas facilement sur place à attendre que l'on commence l'activité, par exemple.
<i>Désir</i>	Mr. M. a pu formuler l'envie de participer à la troupe de théâtre que l'animateur propose en dehors de la clinique Fond'Roy.
Expression des émotions	Adéquat.
<i>Estime de soi</i>	Mr. M. n'a pas une grande estime de lui, il dit que comme il est malade, pour l'instant, il ne vaut pas grand-chose.
Sentiment d'appartenance au groupe	Mr. M. s'assimile facilement au groupe et dit qu'il sera content de faire partie d'une troupe.
Indépendance	Adéquat.
<i>Présentation de soi</i>	Adéquat.
<i>Affirmation de soi</i>	Adéquat.
<i>Spontanéité</i>	Adéquat.
<i>Sens des responsabilités</i>	Adéquat.
Imitation	Lors de l'activité théâtre, MR. M. n'éprouve pas de difficultés lorsqu'il s'agit d'utiliser le moyen par imitation lors d'une improvisation.
<i>Sécurité personnelle</i>	Adéquat.
<i>Adaptation aux situations</i>	Adéquat.

<i>Sociabilité</i> → Thérapeutes → Patients	Mr. M. est quelqu'un qui vient régulièrement parler aux thérapeutes ainsi que aux autres patients. Souvent, il vient informer les thérapeutes qu'il ne pourra pas se rendre à telle ou telle activité car il a autre chose à faire.
Intimité	Adéquat.
<i>Coopération</i> → Thérapeutes → Patients	Adéquat.
Contrôle des émotions	Adéquat.
<i>Contrôle des pulsions</i>	Adéquat.
<i>Spontanéité</i>	Aucune difficulté.
Relaxation	Adéquat.
<i>Ecoute</i> → Thérapeutes → Patients	Adéquat.
<i>Respect des règles</i> + Rangement de l'atelier	Mr. M. est incapable de respecter les horaires de début et de fin des activités.
<i>Planifier</i>	Adéquat.
Comportement face au résultat	Adéquat.
Investissement de l'espace	Adéquat.

Conduites compulsives ?	Il est arrivé à Mr. M. d'avoir un accès de colère et de se fâcher sur un thérapeute parce que celui-ci avait annulé son activité.
-------------------------	---

Aptitudes reliées aux sens et à la perception

Faim (+ effet secondaires aux médicaments) Soif (+ potomanie) Satiété (+boulimie)	Adéquat.
<i>Douleur</i>	Adéquat.
Fonctions proprioceptives	Mr. M. se plaint souvent d'être dérangé par ses tremblements.
Sens de la tension musculaire	Adéquat.
<i>Sens du déplacement et de l'équilibre du corps.</i>	Les tremblements de Mr. M. peuvent parfois provoquer chez lui des petits déséquilibres qui le gênent.
<i>Vision</i> (précisez si hallucinations)	Mr. M. a beaucoup souffert de fortes hallucinations visuelles. Il était persuadé voir Dieu, ou d'autres personnages tels que la reine d'Angleterre... Aujourd'hui, ses mêmes hallucinations sont moins fréquentes mais existent toujours.
<i>Audition</i> (hallucinations)	Mr. M. est persuadé que ces mêmes personnages (Dieu, la reine d'Angleterre) lui ont déjà parlé.
<i>Goût</i> <i>Odorat</i>	Adéquat.
<i>Toucher</i>	Adéquat.

Aptitudes reliées aux activités motrices

Agitation Inhibition	Mr. M. est en général assez agité, il ne reste pas longtemps en place.
-------------------------	--

Gestualité (théâtrale, stéréotypée,.....)	Les tremblements de Mr. M. faussent l'observation de sa gestualité.
Catatonie	Adéquat.
Asthénie	Adéquat.
Position debout	Adéquat.
Position assise	Adéquat.
MOBILITE Marche	La marche de Mr. M. est irrégulière et mal équilibrée.
Habilité	Adéquat.
Maladresse	Mr. M. est assez maladroit.
Tremblement des mains	Oui.
Tenue d'un outil	Tenue difficile à cause des tremblements.
Praxies	Adéquat.

Aptitudes reliées à la respiration et à la digestion

Souffler, bailler ...	Adéquat.
-----------------------	----------

Mâchonner (effets secondaires .neuroleptiques ?) vomir,... (anorexie, boulimie...)	Adéquat.
--	----------

Aptitudes reliées à la protection et à la résistance

<i>Tolérance à l'environnement</i>	Adéquat.
<i>Résistance à l'effort physique</i> <i>Résistance à l'effort mental</i>	Adéquat.
<i>Endurance à l'effort (prolongé) physique</i> <i>Endurance à l'effort (prolongé) mental</i>	Mr. M. est vite essoufflé lors de certains exercices physiques (Ex : le vélo).

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRE P., BENAVIDES T., CANCHY-GIROMINI F., Corps et psychiatrie, Thoiry, Editions Heures de France, 1996, 236 p.
- ASSOCIATION NATIONALE DES ERGOTHERAPEUTES, [Page consultée le 28 Mai 2007], [en ligne], adresse URL : http://www.anfe.asso.fr/espace_etudiant/ergo_public.php?prov=ergo_public&univ=4, Dernière mise à jour : Septembre 2006.
- ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES, [page consultée le 26 Mai 2007], L'ergothérapie en santé mentale, [en ligne], adresse URL : <http://www.anfe.asso.fr/nf/ergotherapie/psychiatrie/html>, Dernière mise à jour : Août 2006.
- ASSOCIATION NATIONALE SUISSE DES ERGOTHERAPEUTES, [page consultée le 2 Août 2007], L'ergothérapie en psychiatrie, [en ligne], adresse URL : <http://www.ergotherapie.ch/index-fr.php?frameset=41>, Dernière mise à jour : Mai 2007.
- ASSOCIATIONS DES ERGOTHERAPEUTES, [page consultée le 10 Juillet], [en ligne], adresse URL : <http://www.ergo-ae.be/FR/index.cfm?generalfuse=DefaultPage&Menuid=103&contentid=103&AGDSelType=0,1,2&AGDSelSec=0,1#Agenda>, Dernière mise à jour : Novembre 2006.
- ATTIGUI P., Histoire mémorable du théâtre en psychiatrie adulte, dans : *Etudes théâtrales*, n°2, 1992, pp. 89-94.
- ATTIGUI P., De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique – Jeu, transfert et psychose, Paris, Editions Denoël, 1993, 221 p.
- BAYERS L., [page consultée le 12 Juillet 2007], L'animation et les personnes âgées, [en ligne], adresse URL : http://www.accesausavoir.be/ebooks/011_entraide/html-n/011_entraide.html, Dernière mise à jour : Avril 2006.
- BERGERET J., La personnalité normale et pathologique, Paris, Editions Dunod, 3^e édition, 1996, 330 p.
- BOAL A., Jeux pour acteurs et non acteurs – Pratique du théâtre de l'opprimé, Clamecy, Presses de l'imprimerie Laballery, 1979, 215 p.

- BOAL A., L'arc-en-ciel du désir, du Théâtre expérimental à la thérapie, Paris, Editions La découverte et Syros, 2002, 238 p.
- BOYER-LABROUCHE A., Manuel d'art thérapie, Paris, Editions Dunod, 2000, 121 p.
- CLAVREUL H., Rythme et psychose, dans : *Journal de l'ergothérapie*, 2002, pp. 89-100.
- DAYEZ B., BERNARD F., ERG12-1821, Méthodologie et didactique dysfonctionnements affectifs et comportementaux, Institut Parnasse – Deux Alice, 2006, 75 p.
- DAYEZ B., ERG12-1210, Théorie d'ergothérapie - Dysfonctionnement affectifs et comportementaux, Institut Parnasse – Deux Alice, 2006, 93 p.
- FABRE D., Psychiatrie- Un domaine en pleine mutation, dans : *Dossier de l'infirmière magazine*, n° 87, Octobre 1994, pp 64 à 75.
- FEDERATION NATIONALE BELGE DES ERGOTHERAPEUTES, [page consultée le 28 Juillet 2007], Définition, [en ligne], adresse URL : <http://www.ergobel.be/>, Dernière mise à jour : Avril 2007.
- FLORENCE J., Art et thérapie, liaison dangereuse?, Bruxelles, Facultés Universitaires St. Louis, 1997, 161 p.
- FLORENCE J., Préambule : psychanalyse et théâtre, dans : *Esquisses psychanalytiques*, Hors série n°2, Septembre 1992, Paris, Centre Georges Pompidou, pp. 9-19.
- FORESTIER R., Tout savoir sur l'art thérapie, Créer pour mieux vivre, L'importance de l'art, de l'équilibre, une référence scientifique et un guide pour tous, Lausanne, Editions Favre, 4^e édition, 2000, 158 p.
- FOUGEYROLLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., Et Al., Processus de Production du Handicap, Québec, 1998, 166 p.
- GRUBER P., Le théâtre guérisseur, dans : *Le vif l'express*, Psychologie, 29.09.07, pp. 42-43.
- KIEIN J-P., L'art en thérapie, Paris, Presses Universitaires de France, 1997, 127p.
- LE PETIT LAROUSSE – GRAND FORMAT, Editions Larousse, Paris, 2006, 1927 p.

- LE PETIT LAROUSSE DE LA MEDECINE, Editions Larousse, Paris, 2002, 1087 p.
- LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, Editions Larousse, Paris, 1997, 1784 p.
- LEDOUX A., ERG13-1700, Méthodologie de la recherche, Institut Parnasse – Deux Alice, 2007, 61p.
- LESSLER K., DICK R., and WHITESIDE J., Stage of cooperation : Co-therapy viewed developmentally, dans : *Transactional Analysis Journal*, 9(1), s.d., 67-73 p.
- M. ANTY, Abrégé de psychiatrie – À l'usage de l'équipe médico-psychosociale, Paris, Editions Masson et Cie, 1968, 247 p.
- MICHEL A., Serge Minet et la théâtrothérapie, dans : *Ma santé*, 2007, pp. 75-78.
- MINET S., Du divan à la scène, Sprimont, Editions Mardaga, 2006, 181 p.
- MORENO J-L., Psychothérapie de groupe et psychodrame, Paris, Presses Universitaires de France, 1965, 468 p.
- PLUCHON H., La thérapie par l'ergon ou l'ergothérapeute metteur en scène, dans : *Journal de l'ergothérapie*, n° 16, 1994, pages 34-39.
- SCHUTZENBERGER A., Introduction au jeu de rôle, Toulouse, Editions Edouard Privat, 1975, 189 p.
- VAN DAMME G., DOBBELARE G., La technique de la rédaction du mémoire scientifique, Ecole Royale Militaire, 1995, 83 p.
- VANDEROOST F., ERG11-1210, Théorie d'ergothérapie, Institut Parnasse – Deux Alice, 2005, 103 p.
- WIKIPEDIA – L'ENCYCLOPÉDIE LIBRE, [page consultée le 18 Juillet 2007], La schizophrénie, [en ligne], adresse URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Schizophr%C3%A9nie>, Dernière mise à jour : Janvier 2007.
- WIKIPEDIA – L'ENCYCLOPÉDIE LIBRE, [Page consultée le 05 Mai 2007], L'art, [en ligne], adresse URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Art>, Dernière mise à jour : Février 2007.

- Bibliothèque du C.E.T (Centre d'Etudes Théâtrales) de Louvain-La-Neuve
- Bibliothèque de l'Institut Parnasse Deux Alice à Bruxelles
- Bibliothèque de l'Université Catholique de Louvain-La-Neuve
- Bibliothèque « Le Fil d'Ariane » à Bruxelles