

2 M11. 2753. 8

11305058

V.002

Université de Montréal

L'utilisation thérapeutique du jeu théâtral
en réadaptation psychosociale

par

France Fleury

Département de psychiatrie

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences biomédicales

Juin 1999

© France Fleury, 1999



8.0032 - 1072

W
4
U58
2000
V.002

Page d'identification du jury

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

L'utilisation thérapeutique du jeu théâtral en réadaptation psychosociale

présenté par:

France Fleury

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Bernadette Tanguay	président du jury
Jean-François Saucier	directeur de recherche
Micheline Marazzani	codirectrice de recherche
Micheline St-Jean	membre du jury

Mémoire accepté le _____

SOMMAIRE

Cette étude porte sur l'intervention médiatisée par l'activité telle qu'employée en ergothérapie, où l'activité théâtrale sert de médium dans le cadre d'une thérapie avec des personnes ayant un diagnostic psychotique. Le théâtre est apparu dans les expériences cliniques du chercheur comme un agent efficace de changement pour la réadaptation psychosociale, ce que confirment les publications consultées. Toutefois, peu d'études empiriques documentent l'expérience du client dans l'activité et encore moins l'influence d'une occupation artistique sur son état fonctionnel, notamment sur ses habiletés sociales. Le présent ouvrage vise à répondre à deux points d'intérêt: apprécier les changements survenus dans les habiletés sociales des participants et apprécier l'évolution de la perception qu'ils ont de leurs habiletés sociales.

L'activité théâtrale offre une mécanique complexe et complète, contenant de multiples composantes et possibilités d'adaptation. Le centre de son action se situe dans le rapport entre un acteur et son personnage, qui s'ébauche en contexte de jeu et qui est géré par des éléments structuraux, tels le texte et le metteur en scène. L'application privilégiée dans le cadre de cette recherche s'approche intimement du cours habituel de l'activité en théâtre amateur afin d'optimiser son caractère significatif, avec implication du clinicien comme metteur en scène et considération des participants comme acteurs. Les interprétations du clinicien tendent à préserver le caractère ludique de l'expérience.

L'exploration s'élabore à l'aide de données qualitatives, sur les fondements de l'approche phénoménologique. Le mode d'investigation est une étude de cas, dont le devis comporte de multiples cas avec « niveaux d'analyse imbriqués ». Trois sujets sont choisis par échantillonnage raisonné dans un centre de jour psychiatrique. Les données proviennent principalement des sujets et d'un de leurs proches, à l'aide de techniques de collecte telles l'entrevue semi-structurée, l'enregistrement audiovisuel, l'emploi d'une mesure subjective standardisée (Mesure canadienne du rendement occupationnel) et le recours à une grille d'observation (*Social interaction test*). L'analyse s'effectue par réductions successives des données en résumés, avant d'être interprétés et comparés avec les résumés provenant d'autres sources d'informations.

Les changements dans les habiletés sociales observés pendant l'activité sont généralisés dans l'environnement quotidien des sujets, tel que perçu par les proches. La relation avec ces derniers dénote aussi des variations, qui tendent vers une plus grande autonomie des participants. La perception de soi à propos des habiletés sociales montre une définition de soi et une estime de soi plus positives en fin de thérapie.

La conclusion souligne le caractère complet de l'expérience théâtrale dont l'action principale est le jeu. L'investissement de l'individu dans cette activité le convie à réaménager son rapport à l'autre et à l'environnement social, de façon personnelle et intégrée. Ces résultats contribuent à préserver l'utilisation de l'activité créative à but thérapeutique dans les programmes de réadaptation, documentent l'intervention elle-même et ses conséquences sur la personne, enfin émettent des pistes de recherche pour l'avenir.

Table des matières

Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Introduction.....	1
Chapitre premier - Définition de la problématique de recherche.....	4
Formulation du problème.....	5
Objectifs.....	6
Portée de la recherche.....	6
Chapitre 2 - État des connaissances.....	8
La réadaptation psychosociale.....	9
Clientèle et thérapie.....	10
Habilités sociales.....	13
Perception de soi.....	15
Le concept « activité significative ».....	17
L'activité artistique et la création.....	18
L'activité théâtrale.....	19
A. Les éléments et mécanismes de l'activité théâtrale.....	21
B. Considérations thérapeutiques sur le jeu théâtral.....	28
Études structurées sur l'utilisation thérapeutique du théâtre.....	34
Chapitre 3 - Cadre conceptuel et questions de recherche.....	37
Perspectives théoriques.....	38
Perspectives cliniques.....	39
A. Méthode d'investigation.....	40
B. Résultats.....	40
Modèle conceptuel de l'étude.....	42
Questions et proposition générale.....	45

Chapitre 4 - Stratégie de recherche.....	47
Approche méthodologique.....	48
Devis de recherche.....	49
Site et clientèle.....	51
Application thérapeutique de l'activité théâtrale.....	52
A. Les méthodes d'évaluation.....	53
B. Le texte et la distribution des rôles.....	53
C. L'échauffement.....	54
D. La mise en scène.....	54
E. La représentation.....	55
Principes et méthodes d'analyse des données.....	55
A. La réduction des données.....	55
B. La présentation des données.....	56
C. Élaboration et validation des conclusions.....	56
 Chapitre 5 - Les changements perçus dans les habiletés sociales par des observateurs extérieurs (Article soumis à la Revue canadienne d'ergothérapie).....	 59
Auteurs.....	60
Résumé.....	60
Introduction.....	61
Recension des écrits.....	62
A. Réadaptation psychosociale.....	62
B. Habiletés sociales.....	62
C. Activité significative.....	63
D. Activité théâtrale.....	65
E. Études structurées sur la thérapie employant le théâtre.....	69
Méthodologie.....	71
A. Approche méthodologique.....	71
B. Collecte des données.....	75
C. Analyse des données.....	78
Résultats.....	86
A. Dans l'activité théâtrale.....	86

B. Dans l'environnement.....	91
C. Correspondances entre les deux contextes.....	95
Discussion.....	97
Conclusion.....	100
Références bibliographiques.....	101
Chapitre 6 - La perception des sujets de leurs habiletés sociales.....	109
Collecte des données.....	110
A. L'entrevue semi-structurée du sujet.....	110
B. La « Mesure canadienne du rendement occupationnel » remplie par le sujet.....	111
Analyse des sources de données.....	111
A. L'entrevue semi-structurée du sujet.....	113
B. La « Mesure canadienne du rendement occupationnel » remplie par le sujet.....	113
Résultats.....	114
A. La perception de soi.....	114
B. Perception du rendement occupationnel.....	115
Discussion.....	117
Chapitre 7 - Synthèse comparative des points de vue externe et interne.....	119
La « confirmabilité » des résultats.....	122
Analyse réflexive.....	124
Conclusion.....	126
Références bibliographiques.....	128
Annexe A	
Les différents types de thérapies utilisant l'expression dramatique: tableau descriptif et comparatif.....	x
Annexe B	
Liste des catégories de la « MCRO » retenues pour l'analyse.....	xiv
Annexe C	
Version française du <i>Social interaction test</i> de Trower, Bryant et Argyle (1978).....	xvi

Annexe D

Étapes successives de la réduction des données concernant les changements dans les habiletés sociales.....xxvii

Annexe E

Étapes successives de la réduction des données pour l'analyse de la perception de soi.....xli

Remerciements..... lii

Liste des tableaux

Tableau I	Techniques de collecte des données.....	50
Tableau II	Description des sujets à l'étude	73
Tableau III	Déroulement du programme thérapeutique.....	75
Tableau IV	Tableau descriptif et comparatif des différentes thérapies utilisant l'expression dramatique	xi
Tableau V	Variation des résultats chiffrés tirés des enregistrements audiovisuels selon que l'individu est en jeu ou hors jeu (Grille de Trower et <i>al.</i>)	xxviii
Tableau VI	Synthèse des variations des résultats chiffrés tirés des enregistrements audiovisuels avec mise en valeur des changements par critères d'observation (Grille de Trower et <i>al.</i>)	xxx
Tableau VII	Changements dans les <i>Éléments spécifiques</i> signifiés dans les notes écrites des évaluateurs	xxxix
Tableau VIII	Synthèse des changements dans les <i>Éléments spécifiques</i> signifiés dans les notes écrites des évaluateurs	xxxv
Tableau IX	Résultats et synthèse des <i>Impressions générales</i> des évaluateurs.....	xxxvii
Tableau X	Changements observés par les proches dans les habiletés sociales, signifiés dans les entrevues semi-structurées	xxviii
Tableau XI	Perception du rendement occupationnel associé aux habiletés sociales par les proches (MCRO)	xl
Tableau XII	Seconde étape de la réduction concernant la perception de soi, relevant les changements dans les dimensions entre l'entrevue initiale et finale	xlii
Tableau XIII	Troisième étape de la réduction des données sur la perception de soi: synthèse par dimension du rendement occupationnel	xlvi
Tableau XIV	Portrait sommaire et synthèse des résultats de la MCRO remplie par les sujets	xlvi
Tableau XV	Réduction puis synthèse de la perception de soi dans les domaines du rendement occupationnel, tirées des entrevues des sujets	xlix

Liste des figures

Figure 1	Constituantes principales de l'activité théâtrale.....	27
Figure 2	Modèle conceptuel de la recherche	44
Figure 3	Cycles d'analyse pour la réduction successive des données provenant des sources extérieures aux sujets.....	79
Figure 4	Sources de données.....	85
Figure 5	Organisation sommaire des données provenant du contexte de l'activité.....	90
Figure 6	Organisation sommaire des données provenant de l'environnement.....	94
Figure 7	Similitudes et correspondances entre les données provenant de l'activité théâtrale et de l'environnement social.....	96
Figure 8	Cycles d'analyse pour la réduction successive des données provenant des sujets	112
Figure 9	Comparaison entre la perception des sujets, du proche et des observateurs en contexte thérapeutique	121

Introduction

La conception de la valeur de l'occupation pour les personnes ayant des troubles mentaux prend racine en pleine Révolution française. Philippe Pinel profitait de l'effervescence de l'entrée dans « l'ère nouvelle » pour proposer un traitement innovateur et humaniste. Ses convictions furent partagées dans la même époque en Angleterre par Tuke, qui défendait l'idée de pouvoir apprendre aux patients le contrôle de soi par l'engagement dans diverses tâches et loisirs (Reed, 1993).

L'activité artistique est reconnue depuis longtemps valable pour le bien-être des créateurs et des observateurs de leurs produits artistiques. Aristote avait observé l'effet bénéfique de la musique chez ses contemporains, expliqué par l'effet de « catharsis ». Cette notion avait alors une valeur médicale de purgation, un sens qu'elle conserve encore aujourd'hui. La catharsis permet au spectateur de se purger puis de ressentir un « allègement accompagné de plaisir » (Charvet, Gompertz, Martin, Mortier et Pouillon, 1979, p.24), ce qui est aussi employé pour décrire l'expérience de l'acteur. La comédie comme la tragédie font bénéficier leurs protagonistes de l'effet cathartique.

L'art comptait dans les stratégies thérapeutiques de pionniers de la philosophie ergothérapique, tel Rush au début du XIX^{ème} siècle, puis directement intégré dans le courant des « Arts et travaux manuels » par des gens comme Ruskin vers 1860 (Reed, 1993). Dans les années 1920-30, des écrits rapportés par Phillips (1996) relatent l'utilisation aux États-Unis du théâtre en réadaptation psychosociale comme modalité clinique en ergothérapie. Ce médium est alors utilisé dans le but premier de garder le client actif et de l'encourager à socialiser. Il est estimé à cause de la variété de ses adaptations possibles, une particularité propice à répondre au mieux aux intérêts diversifiés des participants, et pour l'aisance de son implantation dans les thérapies de groupe. Les applications privilégiées comptent à cette époque les marionnettes et les scènes comiques. Les comédies se font idéalement avec de courtes productions d'un acte. Le médecin donne son avis sur la distribution des rôles, spécifiant le risque ou l'intérêt de jouer tel personnage. Il est recommandé que le rôle de metteur en scène soit assuré par l'ergothérapeute. La thérapie par le théâtre se voit considérée comme une psychothérapie intensive efficace, permettant de découvrir et d'exprimer

les conflits inconscients, ainsi que de procurer l'occasion d'expérimenter de nouveaux comportements plus adéquats.

Actuellement, le médium théâtral est beaucoup plus rarement employé, malgré une reconnaissance plus grande de sa valeur et de sa souplesse d'adaptation, remarquent Barris, Kielhofner et Watts (1988) de même que Phillips (1996).

Cette recherche sur l'utilisation du jeu théâtral pourrait contribuer à l'avancement des connaissances sur la thérapie médiatisée par l'activité. Pour ce faire, la recension des écrits détaille les éléments et mécanismes propres à l'activité théâtrale avant d'estimer le potentiel thérapeutique que lui reconnaissent ces références. La partie empirique explore, à partir d'une thérapie employant le jeu théâtral, les conséquences de l'investissement dans l'activité pour la réadaptation psychosociale de clients présentant un diagnostic psychotique. L'analyse qualitative des données est focalisée d'abord sur les changements dans les habiletés sociales notés par des observateurs externes, puis sur les changements qu'observent les clients eux-mêmes dans leurs propres habiletés d'interrelation. Suivent une synthèse des résultats de chacun des chapitres et la conclusion finale de cet ouvrage.

Chapitre premier - Définition de la problématique de recherche

La présente recherche porte sur l'intervention en santé mentale auprès de personnes présentant un diagnostic psychotique. Elle se concentre sur la thérapie médiatisée par l'activité, telle qu'analysée et employée en ergothérapie. L'attrait pour ce thème est né des expériences cliniques du chercheur dans ce domaine, dans la direction depuis 1993 de cinq groupes en thérapie expressive par le jeu théâtral.

Formulation du problème

Il est reconnu tacitement par le milieu clinique que le théâtre présente une valeur certaine pour le traitement de personnes ayant une pathologie psychique. Une telle impression est inspirée par la stimulation et l'investissement de l'ensemble des dimensions de la personne dans cette activité ainsi que par la reconnaissance sociale du théâtre et de ses artisans.

Toutefois, bien que les écrits et nos observations cliniques relatent une amélioration de l'état des participants en thérapie, les résultats apparaissent sommaires et mal documentés. En effet, l'évolution de l'état fonctionnel des clients, notamment de leurs habiletés sociales, est à peine explorée et rien ne décrit l'expérience telle que vécue et racontée par le client lui-même. Enfin, aucune étude dans les ouvrages consultés ne s'intéresse à mettre en relation de façon précise les mécanismes de l'activité théâtrale et les apports fonctionnels pour la clientèle.

La complexité du médium semble un facteur de réserve à son emploi, à son analyse et à son étude, vu la multitude de ses facettes et applications. En effet, peu d'écrits relatent l'emploi thérapeutique du théâtre sous une forme optimalement coutumière. Les publications traitent plutôt de techniques qui furent créées en s'inspirant du théâtre, n'en conservant que certains aspects. L'activité perd alors son caractère significatif, un aspect de la thérapie qui pourtant est promoteur de la santé et de la réadaptation de la capacité fonctionnelle (Hopkins, 1988).

D'autre part, rares sont les études empiriques qui se sont penchées sur la valeur de l'occupation en réadaptation psychosociale (Rebeiro, 1998). La finalité de la présente étude souhaite s'approcher des recommandations faites par divers auteurs en ergothérapie à propos de la recherche, concernant notamment cette lacune (Association canadienne des ergothérapeutes, ACE, 1993a; Étienne, 1990; Rebeiro, 1998; Royeen, 1988). Le produit final constituera en effet une base de données au sujet de l'engagement humain dans l'activité, donc documentera l'intervention elle-même. Rebeiro (1998) suggère de favoriser des recherches qualitatives, pour leur caractère exploratoire et synthétique, afin de mieux comprendre le phénomène de l'occupation et ses effets thérapeutiques.

Objectifs

Cette étude a pour objectif général de décrire les changements chez des clients présentant des troubles psychiques graves et persistants, en regard d'aspects représentatifs de la réadaptation psychosociale, lorsqu'ils participent à une thérapie employant le théâtre. L'application thérapeutique faite de ce médium se veut optimalement comparable à la forme coutumière du théâtre.

Les objectifs spécifiques s'énoncent ainsi:

- A. Décrire les changements de l'état des sujets entre le début et la fin de la thérapie en regard des habiletés sociales notées par des observateurs extérieurs.
- B. Décrire les changements de la perception que les sujets ont de leurs propres habiletés sociales entre le début et la fin de la thérapie.
- C. Si des changements ont été observés dans les objectifs A et B, comparer les résultats afin de pouvoir émettre des avenues de réflexion sur l'influence qu'a eu le théâtre sur ces changements.

Portée de la recherche

Son importance tient au fait de pouvoir documenter les effets d'une thérapie qui offre une stimulation complète et non spécifique des habiletés sociales, à la différence de plusieurs études basées sur un entraînement psychoéducatif, donc spécifique, de ces habiletés. L'emploi d'une méthode

différente, ici une activité ludique, permet d'apprécier la valeur de ce type de thérapie pour favoriser le changement social et peut-être constater des différences avec les thérapies psychoéducatives. Un autre intérêt de la démarche privilégiée concerne l'exploration de la perception même des participants, parce que cet aspect est jugé significatif dans le courant actuel de réadaptation. Enfin, le choix d'explorer une thérapie où le théâtre est employé au plus près de sa forme coutumière est basé sur le souci d'avoir un portrait le plus complet possible des effets de cette occupation, un portrait qui apparaît pouvoir être plus étendu et polyvalent que ceux tirés d'études référant à des techniques s'inspirant du théâtre. D'ailleurs, rares sont les recherches structurées qui investiguent les effets du jeu théâtral dans la forme préconisée ici.

Ainsi, elle est susceptible d'intéresser les cliniciens préoccupés par l'intervention médiatisée par l'activité et encore plus ceux qui sont captivés par l'activité artistique et créative, notamment le théâtre. Désireux d'approfondir leurs connaissances sur la dynamique de l'activité et ses effets, en regard d'une application détaillée, ils seront alors en mesure de transférer les conclusions dans leur pratique quotidienne. La recherche servira à documenter la pertinence de telles thérapies et ses champs de prédilection, un thème profitable aux cliniciens comme aux gestionnaires du réseau de la santé. En fin de compte elle profitera à la clientèle en participant à l'optimisation de la qualité des soins et des services de santé.

Chapitre 2 - État des connaissances

Ce chapitre se compose d'abord d'une description du modèle de réadaptation psychosociale. Deux aspects considérés essentiels dans cette philosophie sont ensuite dépeints, avant d'aborder l'activité en soi. Pour ce faire, quelques réflexions sur l'activité significative précèdent la description de l'activité théâtrale, faite d'après ses éléments et mécanismes puis en regard de ses considérations thérapeutiques. Des études comparables au champ d'intérêt de cette étude complètent le survol avec la description et les conclusions des expériences cliniques du chercheur.

La réadaptation psychosociale

La « réadaptation psychosociale » est une appellation employée dans un très large éventail de définitions et d'affectations (Cnaan, Blanherz, Messinger et Gardner, 1988; Jolivet, 1994). Cnaan et ses collaborateurs (1988) ont recensé plus de 200 articles dans le but de ressortir une définition la plus représentative des publications d'alors. Ils ont retenu la définition de l'*International association of psychosocial rehabilitation services* (IAPSRS, 1985), une organisation américaine. Tessier et Clément (1992) ont opté pour cette définition dans leur publication québécoise: *La réadaptation psychosociale en psychiatrie*. La traduction qu'elles en font est la suivante:

« (...) le processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté (...) Alors que la nature du processus et les méthodes utilisées peuvent varier dans les différents programmes, la réadaptation psychosociale encourage invariablement les personnes à participer activement avec d'autres à l'atteinte de buts concernant la santé mentale ou la compétence sociale. » (p. 18)

L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 1993a), en retenant la définition de Berry, Carver, Gayler, Loewen, Murphy et Parkinson (1990), précise que le modèle de la réadaptation psychosociale a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes ayant des troubles psychiatriques graves afin qu'ils puissent vivre de façon aussi active et autonome que possible, en assumant leurs responsabilités.

Le processus thérapeutique se fonde sur des concepts généraux tels la participation active de la personne à son programme, la compréhension holistique de son être dont ses occupations significatives, l'utilisation thérapeutique d'activités comme outil de transformation (ACE, 1993a) et le fonctionnement compétent dans la communauté (Bruce et Borg, 1993). Pour ce faire, la démarche thérapeutique comprend des traitements psychologiques, un programme d'entraînement aux habiletés sociales, puis la création et le maintien d'un système de soutien à long terme (Tessier et Clément, 1992).

La réadaptation psychosociale fait référence à deux types de composantes. Bonder (1992) décrit la variable psychologique comme faisant appel aux processus non observables, internes, qui inspirent à la personne sa conduite dans l'activité, dont l'évaluation de soi. Quant à la variable sociale, elle est observable notamment dans les habiletés d'interaction avec les autres.

Clientèle et thérapie

Il s'avère difficile de trouver au Québec des relevés statistiques sur la clientèle suivie dans les organisations offrant de la réadaptation psychosociale. Une étude interne, non publiée, réalisée au Centre de jour psychiatrique Niverville de Trois-Rivières (1992) reconnaît que la population du Centre est composée à 73,2% de clients ayant un diagnostic de schizophrénie et de 11,3% ayant un diagnostic de psychose maniaco-dépressive. Un sondage réalisé en France corrobore cette proportion en rapportant que les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie comptent pour plus de 50% de la clientèle des centres de réadaptation (Jolivet, 1994). Ainsi, il apparaît pertinent de concentrer cette recherche sur la clientèle ayant un diagnostic de schizophrénie.

Le concept de « psychose » est défini comme un trouble important de la personnalité avec altération du rapport à la réalité et désorganisation du comportement affectif et social (American psychiatric association, APA, 1996; Kaplan et Sadock, 1992; Lalonde et Borgeat, 1988; Tessier et Clément, 1992). Les caractéristiques essentielles de la schizophrénie comprennent une série de signes et symptômes pouvant être conceptualisés en symptômes positifs et négatifs. « Les symptômes positifs semblent refléter l'excès ou la distorsion des fonctions normales, alors que les symptômes négatifs semblent refléter la diminution ou la perte de fonctions normales » (APA,

1996, p.323). Les premiers incluent des idées délirantes, des hallucinations, un discours et un comportement désorganisés. Les symptômes négatifs comprennent quant à eux l'émoussement affectif, l'alogie et la perte de volonté. Ces symptômes caractéristiques sont associés à un dysfonctionnement social ainsi qu'à un dysfonctionnement des activités. Ils impliquent de plus des dysfonctionnements touchant notamment l'affect, les sentiments de contrôle et de plaisir, l'introspection, la volonté et la motivation, le sens de l'identité, l'initiative, le comportement psychomoteur, la perception, la pensée déductive, l'attention, la productivité du discours, la sociabilité et la capacité de communication. En conséquence, les habiletés fonctionnelles nécessaires dans les transactions de la vie quotidienne sont altérées (Ali, 1977; APA, 1996; Kaplan et Sadock, 1992; Lalonde et Borgeat, 1988; Tessier et Clément, 1992).

L'évolution de la maladie comporte des épisodes où les symptômes et les déficits fonctionnels peuvent être plus ou moins significatifs. La présence d'une constellation grave de symptômes au début de la maladie constitue la « phase active initiale », où la personne présente au moins deux manifestations sur les cinq suivantes: des idées délirantes, des hallucinations, un discours désorganisé, un comportement désorganisé, des symptômes négatifs. La phase initiale est suivie par des épisodes où cette constellation de symptômes psychotiques peut redevenir manifeste (APA, 1996). Lalonde et Borgeat (1988) emploient l'appellation « phase aiguë » pour caractériser la prééminence de symptômes psychotiques. Ils l'appliquent toutefois autant pour définir un premier épisode psychotique que pour une rechute. Voyer (1988) établit que la condition chronique est liée au « fonctionnement à long terme du malade reflété par le nombre de symptômes psychiatriques et leur intensité, les rechutes, les conditions de vie et le fonctionnement professionnel et social » (p.755). La chronicité réfère à un désordre dont le cours est prolongé et qui peut s'accompagner de rechutes aiguës épisodiques.

Le traitement consiste généralement en une thérapeutique neuroleptique combinée à des thérapies expressives et fonctionnelles, en individuel ou en groupe (Lalonde et Borgeat, 1988). Hayes (1989) a effectué une recension des écrits ergothérapeutiques sur le traitement de la schizophrénie. Il regroupe les interventions en quatre catégories: l'intégration sensorielle, les activités de groupe, l'entraînement aux habiletés sociales et l'entraînement des habiletés de la vie quotidienne. Les faits saillants de son analyse soulignent que la thérapie d'intégration sensorielle tend à améliorer la motivation en regard de tâches spécifiques et à augmenter les affects positifs,

bien que le changement n'apparaisse pas suffisant pour restaurer la fonction et accroître l'indépendance. Les programmes d'activités structurés contribuent à la réduction de la symptomatologie négative. Toutefois, l'impact relatif des différentes activités sur les acquisitions de l'individu et sur sa capacité à fonctionner dans la communauté demeure vague. Hayes cite notamment une étude conduite par Drake et Sederer (1986) sur la thérapie des clients schizophrènes hospitalisés. Cette étude conclut à la toxicité potentielle d'une thérapie où l'individu doit exprimer ses affects négatifs, s'exposer en se livrant, tandis que les groupes avec une structure définie favorisent le contact à la réalité et la réadaptation fonctionnelle. Les méthodes d'entraînement favorisent efficacement la qualité du fonctionnement dans la communauté en développant des habiletés plus performantes pour interagir avec l'environnement. Optimiser le succès de ces thérapies demande un entraînement dans le contexte naturel et des exercices réguliers.

La pertinence de l'utilisation des activités artistiques pour la réadaptation des personnes schizophrènes est largement documentée dans de multiples publications (Attigui, 1993a; Barris, Kielhofner et Watts, 1988; Broustra, 1987, 1996; Giudicelli, 1984; Gray, 1997; Helly, 1994; Henking, 1990; Leary, 1994; Nitsun, Stapleton et Bender, 1974; Pöldinger et Krambeck, 1987; Scharbach, 1996; Thoret et Attigui, 1994; Vandal et Leahey, 1995). Giudicelli (1984) offre un propos qui est apparu représentatif de la tendance générale concernant l'emploi de l'art en thérapie. Il y voit un point nodal entre le psychotique et l'autre à son écoute. Permettre la pratique d'un art occasionne un jeu donné à la subjectivité psychotique, qui peut ou non viser un produit fini. Si le produit est fini, il peut apporter à son créateur une reconnaissance sociale valorisante.

Une thérapie fonctionnelle largement décrite pour les personnes présentant un diagnostic de schizophrénie est l'entraînement psychoéducatif aux habiletés sociales (Brady, 1984; Donahoe et Driesenga, 1988; Halford et Hayes, 1991; Liberman, 1991; Liberman, DeRisi et Mueser, 1989; Trower, Bryant et Argyle, 1978). Cette thérapie se résume à un entraînement aux habiletés de perception, d'anticipation et d'exécution des comportements sociaux, dans le but que la personne puisse devenir compétente et satisfaite dans ses rapports à l'autre.

La clientèle atteinte de trouble schizophrénique est majoritaire dans les programmes de réadaptation psychosociale. Le tableau clinique présente des déficits symptomatiques multiples

avec une atteinte des habiletés fonctionnelles. L'intensité des symptômes est variable, débutant toutefois par une phase active, où les symptômes sont aigus, et l'état de la personne peut se chroniciser en regard d'un désordre prolongé. Le traitement comprend une thérapie expressive et une thérapie fonctionnelle, la première employant des activités artistiques tandis que la seconde prend surtout la forme d'un entraînement cognitif et comportemental.

Habiletés sociales

Les écrits consultés sur la réadaptation psychosociale font principalement référence au concept des habiletés sociales, tant en regard de sa valeur pour le fonctionnement quotidien que des déficits notés chez la clientèle. En effet, le dysfonctionnement social est un des six critères diagnostiques de la schizophrénie dans la classification du DSM-IV (APA, 1996). Le portrait social des personnes schizophrènes montre des déficits associés aux attitudes, à l'apparence, à l'utilisation intégrée des composantes du langage verbal et non-verbal, ainsi qu'à la gestion des rôles sociaux et à l'entretien de relations interpersonnelles (Bonder, 1995; Hayes, Halford et Varghese, 1991; Liberman, De Risi et Mueser, 1989; Trower, Bryant et Argyle, 1978). Il est reconnu dans certaines études que la qualité des interactions avec les proches est un facteur important pour le maintien d'un état fonctionnel chez le client schizophrène (Bonder, 1995; Halford et Hayes, 1991).

Les habiletés sociales sont essentielles pour que l'individu puisse répondre à ses besoins affectifs et fonctionnels, à savoir par exemple établir une relation amicale et demander une information à un commis (Brady, 1984; Liberman, 1991), de même pour améliorer la qualité de vie et diminuer le rejet social (Tremblay, 1992). La qualité d'exécution est variable selon l'état du sujet à un moment donné (Donahoe et Driesenga, 1988) et dépend du contexte de l'interaction, ce qui met en question la possibilité d'avoir une image réelle des habiletés du sujet en l'observant dans une situation artificielle en contexte clinique (Brady, 1984).

Les changements occasionnés dans les habiletés sociales suite à l'emploi d'une activité en guise de médium à la relation thérapeutique, ce que Vandal et Leahey (1995) appellent « intervention thérapeutique médiatisée par l'activité », sont rarement documentés (Rebeiro, 1998). La majorité des publications se concentre plutôt sur un entraînement psychoéducatif de ces habiletés. Leurs résultats sont convainquants, malgré des faiblesses quant à la généralisation des acquis dans

l'environnement naturel (Dalle, 1994; Halford et Hayes, 1991; Hayes, Halford et Varghese, 1991; Hayes et Halford, 1993; Liberman, 1991; Liberman, DeRisi et Mueser, 1989; Liberman, Massel, Mosk et Wong, 1985; Tremblay, 1992). Néanmoins, les clients schizophrènes ayant une condition chronique répondent moins bien à l'ensemble des interventions psychosociales que ceux qui sont dans la phase initiale de la maladie (Hayes, 1989).

La généralisation ou le transfert des habiletés sociales correspond à la capacité du sujet de répondre de façon appropriée à des situations nouvelles, démontrant ainsi qu'il a appris plus que les simples réponses aux situations standard apprises en traitement. Il est en mesure d'une part d'employer dans son environnement quotidien les acquis réalisés en clinique, d'autre part d'étendre sa compétence dans des situations contrôlées en clinique à des situations non expérimentées. La généralisation est le critère par excellence de la validité du traitement (Liberman, 1991; Liberman, DeRisi et Mueser, 1989; Liberman, Massel, Mosk et Wong, 1985). Plus en détail, suite à la recension de 50 études sur l'entraînement aux habiletés sociales, Liberman (1991) conclut que le traitement est efficace pour des éléments spécifiques des habiletés d'interrelation (le contact visuel par exemple) ainsi que pour apprendre des comportements précis et plus généraux, tel la résolution de problèmes dans les échanges sociaux. La généralisation s'avère modérée ou importante en ce qui a trait à des comportements appris lors des jeux de rôle ou pour des types de relation non étudiées dans l'entraînement. Elle est toutefois plus faible pour les gens qui ont des difficultés d'attention ou des troubles du cours de la pensée, particulièrement si les troubles sont chroniques. Enfin, les comportements plus complexes (demander à quelqu'un de changer son comportement à notre égard, ...) se généralisent moins que les comportements plus simples (faire un compliment, ...).

Bonder (1995) reconnaît qu'il est crucial de s'appliquer en ergothérapie à remédier aux déficits sociaux. Les ergothérapeutes contribuent d'ailleurs à la réadaptation des habiletés sociales en utilisant la thérapie médiatisée par l'activité et l'entraînement psychoéducatif, comme le précisent Hayes, Halford et Varghese (1991). Ils relatent que la participation à des activités en centre de jour est associée à un fonctionnement social plus grand. Ils ont de plus comparé l'efficacité d'un traitement conventionnel, un « groupe de tâche », avec un entraînement aux habiletés sociales. Aucun changement dans les habiletés sociales n'a été jugé significatif pour les sujets ayant participé au groupe de tâche. Il est possible d'expliquer ces résultats en mettant en question le type

de groupe servant à la comparaison. Un tel groupe offre en effet peu d'occasions d'échanges, se concentrant surtout sur la structuration et le maintien de l'état général. Il est alors difficile de généraliser leurs conclusions à l'ensemble des interventions médiatisées par l'activité et aucune autre étude permettant de faire cette comparaison n'a pu être trouvée.

Corin (1990) a mis en lumière une spécificité concernant les habiletés sociales pour la personne présentant un diagnostic de trouble schizophrénique. L'intensité et la distance dans le rapport qu'elle a à l'autre est optimalement confortable dans une position dite de «retrait protecteur»: la personne, tout en étant présente dans la vie sociale, demeure extérieure à celle-ci. Elle cherche alors à éviter des contacts où l'expression émotive s'avère vive, ainsi que des interactions sociales impliquantes. Un tel retrait lui garantit un confort qui contribue directement à éviter la recrudescence des symptômes psychotiques et ainsi à réduire le taux de réhospitalisation. Ces résultats de recherche offrent une mise en garde et une prescription pour la conduite des thérapies portant sur les habiletés d'interaction.

La clientèle schizophrénique éprouve des déficits marqués des habiletés sociales, des habiletés pourtant nécessaires pour répondre aux besoins affectifs et fonctionnels de la personne, ainsi que pour améliorer la qualité de vie et l'intégration sociale. La compétence lors d'un échange est relative au lieu d'exécution et à l'interlocuteur. L'efficacité d'un entraînement psychoéducatif est démontrée dans diverses publications, bien que la généralisation des acquis demeure d'autant plus mitigée que le sujet éprouve des troubles chroniques de l'attention ou de la pensée, que les situations vécues dans l'environnement quotidien sont nouvelles et que les comportements sociaux à réaliser sont complexes. Peu de publications relatent les effets d'une intervention médiatisée par l'activité sur les habiletés sociales. Il apparaît enfin pertinent de considérer dans le traitement des habiletés sociales le confort d'un retrait protecteur pour éviter la recrudescence des symptômes psychotiques.

Perception de soi

Le « soi », tel que défini en psychologie sociale, est « l'ensemble des éléments qui nous définissent. Il est ainsi composé des attitudes, des croyances, et des sentiments que les individus ont d'eux-mêmes » (Martinot, 1995, p.8). La perception qu'a chaque individu de lui-même évolue

d'après les réactions des autres à son égard et à l'égard de ses actions, d'après la comparaison qu'il fait avec les autres et d'après les rôles sociaux qu'il joue, et est significative de son comportement (Fitts, 1972; Gage et Polatajko, 1994; Martinot, 1995).

La recherche sur le soi s'est penchée sur trois concepts fondamentaux: « concept de soi », « estime de soi » et « présentation de soi ». Ainsi, respectivement, le soi est considéré en regard de sa composante cognitive, à savoir comment la personne se définit, de sa composante affective, c'est à dire comment elle s'évalue, et de sa composante sociale, ou comment elle cherche à se présenter à l'autre (Hattie, 1992; Martinot, 1995). La présente recherche se concentre toutefois sur l'appellation générale « perception de soi », afin de référer plutôt à la définition du soi dans son ensemble et d'éviter toute confusion restrictive avec les concepts fondamentaux.

Dans le cadre de la réadaptation psychosociale, il s'avère important de se préoccuper de la perception qu'à le sujet de soi, de l'estime qu'il se porte, identifiant ainsi les besoins et intérêts qui lui sont significatifs (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, AQRP, 1995; Bonder, 1995; Tessier et Clément, 1992). Porter attention à sa perception aide à la construction d'un plan de traitement efficace, parce que rapproché des souhaits du client, tout en reconnaissant son potentiel. D'autre part, la définition initiale de la perception de soi peut être précisée sous l'angle de considérations fonctionnelles. De ce point de vue, le jugement qu'a une personne de ses capacités à s'organiser et à exécuter des séries d'actions requises pour atteindre des types désignés de comportements est mis en évidence (Bandura, 1986; Gage et Polatajko, 1994).

Le jugement que porte une personne de son efficacité explique en partie la différence entre l'habileté qu'elle a en milieu clinique et la qualité de son rendement dans l'environnement quotidien (Bandura, 1986; Gage et Polatajko, 1994). Le concept de la perception de l'efficacité personnelle est un facteur qui influence la manière de la personne de s'adapter aux agents stressants humains et environnementaux. La perception de soi est alors, d'après les conclusions de Gage et Polatajko (1994), un déterminant significatif du bien-être psychologique et du rendement occupationnel, c'est à dire l'aptitude d'une personne à développer une façon vivre qui soit holistique, fonctionnelle et significative pour elle en intégrant l'ensemble de ses activités quotidiennes (ACE, 1993a).

La définition que donne un individu de lui-même peut être malléable et fortement influencée par les contextes, comme elle peut être stable et résistante au changement. L'expression ensuite qu'il en fait n'est pas toujours objective, l'attitude de l'interviewé envers lui-même étant plutôt émotive, surprotectrice et variable en regard de son interlocuteur (Martinot, 1995). Malgré cela, Gage et Polatajko (1994) rapportent que la perception de soi tend à être d'autant plus positive que le client est en position de contrôle. L'utilisation de l'occupation en ergothérapie, où les clients ont une part active dans le traitement, leur permet de mieux se percevoir, de mieux percevoir leurs compétences pour des activités données. Cet emploi favorise l'engagement puis la persistance dans des activités similaires dans le futur.

La perception de soi comprend l'ensemble des éléments qu'emploie une personne pour se définir. Les éléments peuvent être d'ordre cognitif, émotif ou social. La perception de soi varie de façon significative au contact des autres. Ce concept est important en réadaptation psychosociale parce qu'il influence la généralisation des acquis dans l'environnement naturel et parce qu'il contribue à améliorer la capacité d'adaptation. L'utilisation de l'occupation apparaît favorable à une perception de soi plus positive.

Le concept « activité significative »

L'intervention ergothérapique s'édifie sur les bases de trois composantes, à savoir l'individu, l'activité et le thérapeute, dont l'interaction crée une relation dite « médiatisée par l'activité » (ACE, 1993a; Vandal et Leahey, 1995). L'activité significative est la source première de l'intervention ergothérapique (ACE, 1997). Elle est qualifiée de significative lorsqu'elle est choisie et exécutée par un individu « dans le but de donner un sens à la vie et d'en éprouver de la satisfaction » (*id.*, p.207). C'est en fait le but central le plus ancien en ergothérapie, à savoir engager les gens dans des occupations en guise de traitement, bien que la tendance actuelle est d'adopter des outils et méthodes plus similaires à celles d'autres professions (Rebeiro, 1998).

Fidler et Fidler (1978) présentent une synthèse considérable sur la valeur de l'action significative en santé mentale. Ils reconnaissent l'action comme fondamentale au développement et à l'adaptation du moi, dont les conséquences sont observables dans les habiletés d'exécution. La richesse de cet

engagement est d'autant plus grande que l'activité relie réellement et symboliquement les besoins de l'individu et ses caractéristiques personnelles. Le « faire » sert aussi de médiateur entre la subjectivité interne de l'individu et l'objectivité de la réalité extérieure. Il y a risque toutefois, puisqu'en agissant l'individu peut être confronté à son incompetence et à son manque de contrôle sur soi, sur l'environnement.

La thérapie médiatisée emploie des activités qui simulent des activités comparables à celles extérieures au contexte clinique. Elles prennent alors toute leur signification, en évitant les activités réductionnistes. Le recours enfin à la dynamique de groupe participe à donner un sens de réalité, offrant l'occasion par exemple d'observer le succès des autres (Gage et Polatajko, 1994).

L'activité artistique et la création

L'activité artistique est manifestement riche parce qu'elle offre au créateur de rencontrer la réalité et d'y déposer une marque tangible, durable. Il explore ainsi la permissivité de la création, s'ouvre à la communication verbale et non-verbale et y trouve une forme d'expression de soi (Attigui, 1993a; Giudicelli, 1984; Pöldinger et Krambeck, 1987; Vandal et Leahey, 1995). L'objectivation du sens des productions peut « prétendre à renforcer ou à atteindre les bénéfices escomptés dans toutes démarches thérapeutiques, à savoir la réduction de la souffrance psychique, l'élaboration des conflits qui la sous-tendent et la mise en oeuvre de moyens psychiques plus contenantants et adaptatifs » (Scharbach, 1996, p.147).

Scharbach propose une définition de la créativité qui met en exergue sa dynamique mentale:

La créativité suppose la mise en oeuvre d'un processus mental tel qu'une poussée (...) (*pulsionnelle*) puisse être transformée et entraîne par ce fait une mobilisation des associations, un jeu des liaisons inhabituel entre les représentations, une activation des fantasmes amenant à la mise en forme d'un produit nouveau. Celui-ci entretient des connexions originales avec l'existant, il est culturellement intégré et reconnu, et constitue un apport positif pour le développement d'un individu qui peut transcender ses capacités habituelles d'élaboration (Scharbach, 1996, p.11).

Anzieu (1981) affirme que l'angoisse et la souffrance peuvent inciter l'individu à créer, au même titre que ces affects deviennent une conséquence de la création, véritable moment de crise. Cet état de

crise suppose nécessairement une transformation. L'auteur transforme l'oeuvre et est transformé par elle dans sa pensée (consciente, préconsciente et inconsciente), dans son corps et dans les rapports mutuels avec l'oeuvre. Il existe des moments plus propices à la crise créatrice dans la vie adulte, explique-t-il encore. L'individu en ressort créatif, ce qui affermit son désir de jouir de la vie, sinon il en ressort réduit. La première phase se situe entre 18 et 21 ans, la seconde à l'entrée de la quarantaine et la troisième se déclare à l'approche de la soixantième année.

Le jeu lui-même favorise l'expression créative, la prise de risque et la liberté d'exploration. Par sa contribution au développement de l'ensemble des facettes de la personnalité, il est un moyen efficace d'apprentissage. Puisque la motivation intrinsèque est encouragée par la conduite exploratoire, le jeu, en stimulant l'exploration, contribuerait aussi à motiver le client à s'engager dans l'activité (Barris, Kielhofner et Watts, 1988). De plus, en format de groupe, les participants sont d'autant plus motivés qu'ils y retrouvent une cohésion entre les membres, qu'ils peuvent développer des habiletés interpersonnelles et que la dynamique induit l'espérance (Falk-Kessler, Momich et Perel, 1991).

Ainsi, l'activité artistique est bénéfique en soi. Une fois objectivée, la démarche créative peut avoir des effets thérapeutiques bénéfiques. La créativité est un processus mental actif, où un rapport dynamique s'établit entre le créateur et la création dans un moment de crise, qui est favorable au développement du créateur. Le créateur et le produit créé s'influencent alors mutuellement. Des périodes de la vie sont plus propices à ces crises créatrices. Le jeu favorise la création, parce qu'il stimule l'exploration et la motivation chez le sujet créateur. Le contexte de groupe favorise aussi la motivation lorsqu'il y a cohésion et échanges dynamiques entre les participants.

L'activité théâtrale

Parler d'activité thérapeutique suppose de considérer ce qu'elle représente pour l'individu et la façon dont elle s'inscrit dans son histoire personnelle. L'activité théâtrale elle-même est alors choisie de préférence à d'autres thérapies qui s'en inspirent pour créer de nouveaux outils, tels le psychodrame morénien (Matisson, 1973), le psychodrame psychanalytique (Kestemberg et Jeammet, 1987), la scénothérapie (Dars et Benoît, 1973), la *drama therapy* (Johnson, 1982) ou le jeu de rôle (Codron, 1980), qui ne tiennent pas leurs forces du théâtre (Thoret, 1993). Ces

techniques thérapeutiques sont décrites de façon comparative à l'annexe A. Dans cet ensemble de thérapies que le psychiatre Thoret (1993) regroupe sous le vocable de « théâtrothérapie », l'application optimalement rapprochée du théâtre en soi peut être nommée simplement « atelier de jeu théâtral ».

L'activité théâtrale, comme tout processus de création, se compose de deux moments. D'abord la « poïétique », moment de la création en train de se faire, puis « l'esthétique » qui qualifie le produit fini, à partir de sa présentation au spectateur (Anzieu, 1981). La réalisation d'une oeuvre artistique en ergothérapie n'en étant pas le but mais le moyen pour travailler des objectifs explicites, l'attention se focalise ainsi sur la poïétique.

Barris, Kielhofner et Watts (1988) incluent le théâtre sous le vocable des *performing arts*. Ils soulignent que ce médium est moins employé qu'il ne le fut en ergothérapie par le passé, malgré la reconnaissance croissante de ses possibilités pour une application thérapeutique. Ils considèrent que ce type de médium, à l'instar de Gray (1997) et de Leary (1994), doit être intégré à la pratique psychosociale afin de pouvoir offrir un éventail le plus vaste possible qui réponde ainsi au mieux aux besoins et goûts des différentes personnes. Les arts de représentation offrent plus d'opportunités pour différentes actions et émotions que les autres formes d'art. Le théâtre permet notamment d'explorer et de pratiquer différents rôles sociaux dans un contexte coopératif.

À propos du rapport à l'activité théâtrale, des écrits évoquent un attrait pour la personne de trois ordres: d'ordre instinctif, l'individu ressentant un besoin à jouer quelqu'un d'autre (Thoret, 1993, citant Evreinov, 1908); de l'ordre d'une motivation engendrée par la possibilité d'y purger ses passions, de satisfaire sur le plan fantasmatique ses pulsions (Richard, 1993; Thoret, 1993) et de pouvoir vivre une réalité autre, immédiate et agréable (Attigui, 1993a; Villiers, 1946). De plus, ce rapport est intimement rapproché de son histoire: le théâtre ressemblant à la vie, il existe une exportation réciproque des souvenirs et expériences entre le théâtre et la vie quotidienne (Attigui, 1993b; Dars et Benoît, 1973; Villiers, 1946).

A. Les éléments et mécanismes de l'activité théâtrale

Le théâtre est une activité dont la description est complexe vu ses multiples composantes et ses différentes applications. Thoret (1993) énonce cette multiplicité d'éléments dont la part de chacun est difficilement définissable par ailleurs, et il ne parle que de la dynamique de la représentation. La recension des écrits est réalisée avec le souci de dresser un portrait de l'ensemble de la dynamique théâtrale, y compris l'esthétique, en tentant de préciser le plus de composantes significatives. Pour ce faire, les auteurs proviennent soit du milieu théâtral, soit du milieu clinique, optimisant ainsi l'étendue de la compréhension initiale du phénomène. Son produit sert de cadre conceptuel sur lequel s'ébauche l'exploration du phénomène.

L'acteur joue un personnage au théâtre, i.e. représente quelqu'un d'autre. Il emploie ses propres ressources pour soutenir le personnage, en fonction de la structure définie par divers éléments particuliers au cadre théâtral, en interaction étroite avec d'autres participants (Attigui, 1993a; Gillibert, 1987; Lapointe, 1990; Michaud, 1984; Richard, 1993; Souillac, Allilaire et Vinco, 1992; Stanislavski, 1978; Thoret et Attigui, 1994; Villiers, 1946). L'activité théâtrale implique aussi le « jeu représentatif », c'est à dire que l'acteur fait exister un personnage devant un spectateur qui par son regard rend vraisemblable l'existence de ce personnage (Thoret, 1993).

1. La personne et le personnage

Le théâtre est « un art (...) qui se raffine par l'entraînement du corps mais aussi par le développement d'une capacité à faire vibrer le registre émotionnel intérieur qui repose en grande partie (...) sur des ressorts involontaires » (Brais, 1996. p.14-15).

En investissant la réalité de la scène, où le « comme si » devient une expérience de vérité, l'acteur se libère des demi-mesures et conflits du quotidien (Brook, 1977; Grotowski, 1971). Le contexte de jeu le porte vers le dépassement, exprime Robert Lepage dont Charest (1995) rapporte le propos, qui tend à la transfiguration. Le jeu au théâtre, ajoute-t-il, introduit l'idée de compétitivité, de ludisme et de sport, dans un but de dépassement: « On voit des êtres en chair et en os entrer sur scène et, par le jeu, devenir des archanges, des dieux » (p.66). L'acteur vit un défi dans l'activité qui, malgré son organisation, reste « sauvage, sans règle » (p.102). La survenue d'imprévu est toujours possible.

L'imprévisible le rend vulnérable et l'incite à jouer en conservant la maîtrise de soi (Stanislavski, 1979).

Toutes les dimensions de la personnalité sont investies dans l'activité dramatique. L'acteur vit sur le plan affectif des sentiments associés à l'interprétation du personnage comme à l'expérience d'être sur scène, puisant pour son interprétation entre des sentiments qui paraissent vrais et des sentiments sincères, ces derniers inspirés de ses propres souvenirs (Stanislavski, 1979; Villiers, 1946). Pavis (1987) observe que « l'acteur a l'intuition immédiate de son corps, de l'image émise, de son rapport à l'espace environnant » (p.99). Ce corps mis en action sert de médium à l'expression des parties inconscientes du psychisme (Attigui, 1993a; Richard, 1993). D'ailleurs, le travail sur les émotions apparaît inconcevable sans un travail conjoint sur le corps, une combinaison ressentie saine et énergisante (Artaud, 1964; Bernard, 1976; Brais, 1996; Brook, 1977; Touzé, 1996). En effet, la perception et l'image corporelle sont influencées par la motricité, elle-même influencée par l'expérience émotionnelle qui découle du contact à l'autre. L'image du corps n'est alors pas séparable des émotions, du rapport à l'autre, ni de la tendance à l'action (Bernard, 1976; Touzé, 1996). À la base du geste se trouve le tonus qui le prépare et le guide, exprimant par les fluctuations des postures les variations affectives nées des adaptations et actions sur autrui (Bernard, 1976).

Le « rôle », qui signifie le texte et le jeu d'un acteur aussi bien que le personnage lui-même construit par l'acteur, n'a pas de caractéristique individuelle bien qu'il soit lié à une situation ou une conduite générale. Il regroupe ainsi diverses propriétés typiques d'un comportement ou de figures sociales (Pavis, 1987). Le personnage se compose à partir de six plans: le plan extérieur des événements, le plan social, les plans esthétique et littéraire, le psychologique, le physique et le plan des sentiments créatifs personnels reliés à l'acteur comme personne (Stanislavski, 1979). Ces plans se construisent par l'enrichissement réciproque entre le texte et le jeu improvisé de l'acteur.

La relation entre l'acteur et le personnage est dynamique. « L'acteur prend connaissance de son texte, puis il deviennent plus intimes, se disputent, se réconcilient. Enfin, de cette alliance naît le personnage. (...) L'acteur est alors sous l'influence de son rôle, qui affecte toute sa vie » (Stanislavski, 1979, p.308). Cette relation représente une tension pour l'interprète, tiraillé entre « imiter et s'approcher du rôle comme on s'habille d'un vêtement étranger que l'on cherche à

porter le plus près du corps possible » et « créer le rôle à sa mesure, en le taillant selon sa personnalité, son corps et son imaginaire » (Pavis, 1987, p.340).

La construction du personnage est un processus continu où l'individu interprète les indications extérieures en regard de son univers intérieur (Michaud, 1984), de l'ensemble des personnages et des règles dramatiques. Différents auteurs parlent alors de la métamorphose ou du dédoublement, en ce sens où l'acteur agit « comme si » il était dans un autre corps (Richard, 1993; Rodriguez et Troll, 1995; Thoret, 1993; Villiers, 1946). La difficulté pour l'acteur est d'être soi-même sans se perdre dans son personnage (Richard, 1993). Le rapport, enfin, qu'a l'interprète avec son rôle s'avère tantôt de l'ordre de l'identification, tantôt au contraire de l'ordre de la distanciation ou de la désidentification (Attigui, 1993a; Pavis, 1987). Donc, l'acteur prête vie à un personnage en s'inspirant de ce qui est actif ou latent en lui (Michaud, 1984), à l'aide des directives données par le metteur en scène et l'auteur. Malgré ce rapport privilégié, l'acteur demeure critique de la situation, de la vie du personnage, des choix de l'auteur et de ceux du metteur en scène (Lapointe, 1990; Villiers, 1946). Le moi est complaisant face aux sentiments du personnage à la faveur d'une affectivité satisfaite (Villiers, 1946), ce qui tisse un lien affectif, un rapport transférentiel, entre l'acteur et le personnage (Thoret, 1993). Le moi ressemble d'ailleurs à l'objet, le personnage, avant de s'en identifier (Gillibert, 1990). Ainsi, l'acteur sait qu'il joue un texte, mais à travers ses répliques il exprime les tensions et questions qui le tourmentent (Attigui, 1993a; Thoret et Attigui, 1994).

Concernant l'évolution de ce rapport en cours de production, Hannah, Domino, Hanson et Hannah (1994), suite à une étude avec des étudiants en théâtre, concluent que la perception qu'a le comédien de sa personnalité ressemble avec plus de similitude à la personnalité de son personnage en fin de production. D'ailleurs, rapportent-ils encore, les acteurs disent être psychologiquement affectés par les rôles joués.

Brais (1996) conclut une étude en confirmant l'inhérence de l'implication intime de l'acteur à son travail de création, ce qui le rend néanmoins vulnérable. Il a alors besoin d'une protection qui puisse établir un climat de confiance et de sécurité propice à la circulation dans ses lieux abyssaux. Il est possible de croire que le metteur en scène et l'organisation théâtrale puissent remplir cette fonction.

2. Le cadre

Le cadre se définit par le texte, en tant que repère fixe structuré (Gillibert, 1987; Johnson, 1982; Lapointe, 1990; Souillac, Allilaire et Vinco, 1992; Thoret, 1993), l'espace scénique, le temps de jeu et les objets tels les accessoires (Attigui, 1993a; Gillibert, 1990; Thoret, 1993). Le metteur en scène participe aussi à l'instance structurante. Il est là pour guider la transformation de l'acteur, pour diriger littéralement le jeu, pour le gérer et le contenir (Nuetzel, 1995). Il favorise la rencontre entre l'acteur et le personnage (Stanislavski, 1979).

En théâtre amateur, tel que le propose Wekwerth (1971), le naturel est valorisé. Ainsi, par exemple, le metteur en scène pourrait partir des propositions de l'acteur avant de suggérer les siennes. L'énergie vitale de ce théâtre, encore plus qu'avec des professionnels, c'est le plaisir de jouer, qui doit demeurer au premier plan. Le metteur en scène doit se garder de certaines attitudes. Ainsi, par exemple, il doit éviter de savoir tout mieux que le comédien et de vouloir corriger tout de suite toutes les fautes de jeu. Il assume les fonctions particulières de support, de directeur et de spectateur, dans un va et vient constant entre le dedans et le dehors.

La méthode de préparation de la mise en scène de Wekwerth laisse la place aux acteurs amateurs de se faire d'abord leurs propres idées. Le processus complet comprend donc cette phase préparatoire, puis la conception du metteur en scène, l'arrangement (mise en place), les répétitions de détail, les enchaînements, les répétitions techniques et générales. Ce qui distingue l'arrangement des répétitions de détail concerne principalement la visibilité du jeu. Tandis que l'arrangement se rapporte aux déplacements, aux rapports entre les gens, enfin à ce qui est le plus visible en jeu, les répétitions suivantes se concentrent sur les intentions, les émotions. Le premier, qui met tout le corps en action, met les fondements aux autres éléments qui s'y grefferont. On expérimente initialement les «actions physiques», à savoir les actions quotidiennes. Il suggère enfin d'employer la vidéo pour aider la distanciation entre acteur et personnage.

Attigui (1993a), Boucher (1996), Landy (1990), Rodriguez et Troll (1995) et Villiers (1946) identifient des techniques préalables à l'expression qui regroupent notamment le travail de respiration, de la voix, de la mimique, de l'articulation, des gestes et de la coordination motrice. Rodriguez et Troll ajoutent le travail sur les sens et le rythme.

Dans la thérapie de groupe, le cadre sert de structure intermédiaire entre le thérapeute et le client qui offre la possibilité d'expérimenter de nouveau l'illusion créatrice, l'espace potentiel (Anzieu et Martin, 1982). Il apparaît plausible de croire que le cadre propose spécifiquement une gestion du rapport entre acteur et personnage, devenant par le fait même secondaire à ce rapport (Henking, 1990; Thoret et Attigui, 1994).

3. Le jeu théâtral

« Jouer sur scène demande un gros effort. Mais quand le travail est vécu comme un jeu, alors ce n'est plus du travail. Jouer est un jeu » (Brook, 1977, p.184). La capacité qu'a l'acteur de jouer varie selon son état général (Stanislavski, 1979). Le jeu au théâtre consiste en un ensemble concerté de gestes, de déplacements, de regards, de l'utilisation de tel registre de la voix, tel volume, telle accentuation, tel timbre. Mais l'essentiel dans le jeu demeure l'émotion qu'on veut faire naître chez les spectateurs (Ronfard et Lévesque, 1993).

La réalité et l'illusion se côtoient dans l'espace scénique, l'illusion étant réellement exprimée par des actions (Landy, 1983, 1990; Thoret, 1993). L'espace ainsi créé est une aire intermédiaire où survient le jeu, ressentie comme une zone de repos. Il permet la transition entre l'intérieur et l'extérieur, offrant un dédoublement conscient et sain de la personnalité (Attigui, 1993a; Richard, 1993; Thoret et Attigui, 1994; Winnicott, 1975). Le jeu théâtral possède une valeur pour la psyché en amenant l'acteur à pouvoir jouer et manier l'illusion. L'action au théâtre n'est rien de plus qu'une forme hautement développée, inconsciente et complexe de jeu sérieux (Nuetzel, 1995).

4. Le rapport à l'autre

L'acteur entretient des relations multiples: avec les autres acteurs, son personnage, avec les autres personnages (Johnson, 1982), enfin avec le metteur en scène et le public (Grotowski, 1971; Stanislavski, 1979).

Son rapport avec le metteur en scène est d'abord une relation de personne à personne avec des sentiments mutuels et un enrichissement réciproque dans l'atteinte du but partagé (Grotowski, 1971). Il y a aussi rencontre avec la troupe entière où « une nouvelle perspective s'ouvre dans les limites de cette vie collective, sur la base commune de nos convictions, de nos croyances, de nos superstitions et des conditions de la vie contemporaine » (*id.*, p.98). D'ailleurs le travail d'étude sur le texte et la construction du personnage se font en même temps avec les comédiens (Brecht, 1978). La dynamique du groupe tend vers un esprit coopératif (Rodriguez et Troll, 1995). Stanislavski (1979) présente le contact avec le public comme un paradoxe: la foule oppresse et soulève l'énergie créatrice. L'acteur y dépense une énergie considérable presque sans s'en rendre compte. Il ressent des courants de sympathie et d'intérêt parvenir de la salle au moment de l'expression d'un véritable sentiment, éprouvant de ce fait une « merveilleuse sensation » et un état de bien-être.

Pour constituer son rôle, l'acteur doit être attentif à des comportements observés chez « l'autre » pour l'imiter et réfléchir sur l'attitude demandée pour le personnage. Il le construit en fabriquant un amalgame d'observations venant de tous lieux, dont des particularités de son époque (Brecht, 1978). Le rôle regroupe ainsi diverses propriétés typiques d'un comportement ou de figures sociales (*id.*; Pavis, 1987).

5. Portrait synthétique

Les éléments et mécanismes de l'activité théâtrale se résument à un rapport d'échanges mutuels entre l'acteur et son personnage, géré par les éléments propres à la structure de l'activité et aux consignes du metteur en scène. La métamorphose produite s'effectue dans un contexte de jeu, que le spectateur reconnaît comme vraisemblable dès les répétitions, mais surtout lors de la représentation. La figure 1 montre une représentation de ces éléments principaux avec leurs composantes.

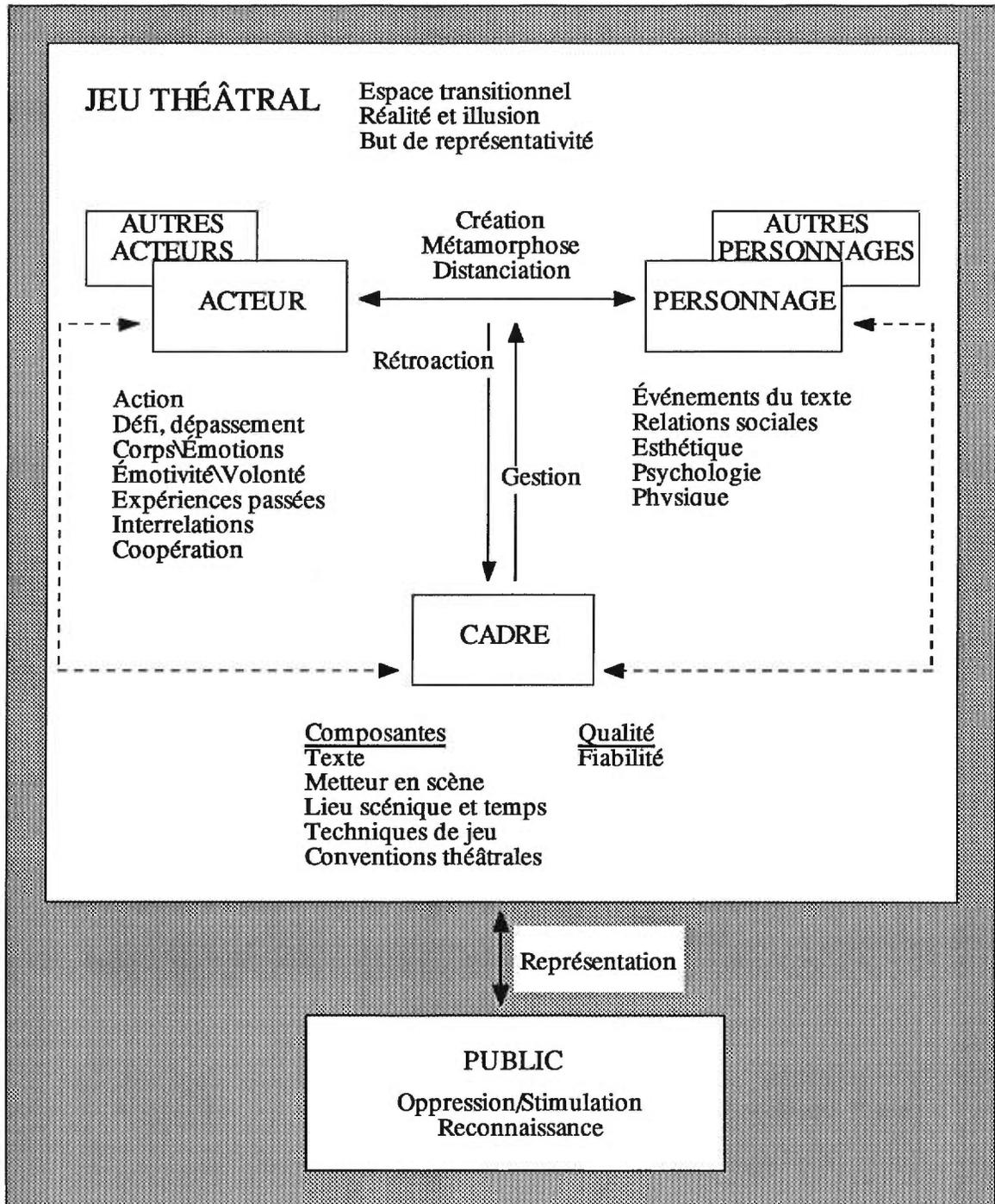


Figure 1: Constituantes principales de l'activité théâtrale.

B. Considérations thérapeutiques sur le jeu théâtral

Il est possible de faire des rapprochements entre les types de thérapie, telles que Lalonde et Borgeat (1988) les définissent, et l'utilisation en thérapie d'une application du théâtre dans sa forme coutumière. Cet emploi correspond à la « thérapie d'introspection », si on considère d'abord le rapport entre l'interprète et son personnage dans une aire qui favorise la régression. Ses différentes facettes permettent toutefois au clinicien d'aller chercher des éléments de la « thérapie relationnelle », les échanges de confiance avec les autres participants et le thérapeute, ainsi que de la « thérapie de soutien » par les références à la réalité et à la construction d'un projet véritable.

Dans un autre ordre d'idées, l'implication de l'individu au théâtre étant complète tant par ses rapports constants avec l'environnement humain et physique que par la mise en rapport des différentes parties de sa personne, une telle thérapie peut être comprise à partir des critères de la « thérapie expérientielle » décrite par Crombez (1988). On y emploie en effet de façon dynamique les mémoires physique et mentale, stimulées par l'action du corps sur des références émotives et situationnelles, ce qui occasionne une reprise de contact avec son histoire personnelle. Il énumère cinq principes généraux de traitement qu'il est facile d'associer avec l'activité théâtrale: la fonction de protection, possible par le jeu et la distanciation d'avec le rôle, grâce à laquelle les expériences sont revécues sans danger de mort; la fonction de soutien, où le clinicien par ses consignes de mise en scène et sa fiabilité soutient l'exploration du participant; la fonction d'unification par l'investissement global du corps et de l'esprit; la fonction d'exploration, vu l'action au présent envers l'autre et l'objet, les autres participants, personnages et le public; enfin la fonction de signification par la confrontation avec la réalité extérieure du cadre de l'activité, par la valeur de l'activité dans son histoire et par la conscientisation de facettes de lui-même jusque là inaccessibles, grâce au rapport avec son personnage. Toutefois, la compréhension de l'activité artistique et théâtrale, de son utilisation médiumnique et de ses influences s'ébauche chez plusieurs auteurs sur les assises du modèle psychodynamique (Attigui, 1993a, b; Broustra, 1996; Michaud, 1984; Richard, 1993; Thoret et Attigui, 1994).

Le procédé thérapeutique théâtral décrit par la psychologue Attigui (1993a) suggère de considérer les clients psychotiques comme de véritables comédiens. Ainsi, les émotions sont exprimées dans le cadre du rôle choisi, à partir d'un texte d'auteur, tout en utilisant du matériel biographique pour

construire le personnage. Afin de demeurer dans l'aire ludique, la relation entre le personnage et la vie du comédien n'est favorisée qu'à la toute fin du programme. Ce sont les actes produits par le thérapeute dans l'aire transitionnelle qui prennent valeur d'interprétation. Il préconise une interprétation qui permette la rencontre de son inconscient avec celui du client, rendue possible lorsqu'il « met en jeu » son propre corps (Attigui, 1993a; Winnicott, 1975). Le rôle du meneur de jeu consiste à incorporer tout indice venant du sujet dans l'action dramatique, à identifier le jeu avec la vie du sujet et à stimuler son contact avec le public. Attigui (*ibid*) précise que les interventions employant le théâtre furent valables pour des gens atteints de psychose schizophrénique stabilisée, de psychose maniaco-dépressive non en crise et du diagnostic d'état limite. Quant à la valeur de la création, elle souligne que dans l'activité créatrice, la pulsion n'est jamais totalement sublimée. Le théâtre possède ainsi un pouvoir immédiat.

Broustra (1996) rapporte une expérience semblable d'atelier théâtral dans un hôpital de jour de Libourne (France), avec une clientèle psychotique dont des gens ayant des troubles graves. La responsable, comédienne de formation et animatrice d'ateliers d'expression, partage la thérapie avec un psychologue et des infirmières. L'atelier suit le cours dicté par les règles théâtrales, en employant principalement l'improvisation et en incitant les participants à « faire semblant », une appellation mieux entendue que l'incitation à jouer. La distinction « scène-hors scène » paraît fondamentale dans leur conception du traitement, par l'établissement d'un cadre distinctif. Leur préoccupation essentielle est la recherche du plaisir à partir de règles définies. Broustra remarque enfin que « observer ainsi que faire semblant procure une distance qui semble aider à la diminution des intensités délirantes au profit de l'émergence de fantaisies qui restent néanmoins en relation avec le vécu psychotique » (p.47).

L'effet thérapeutique du théâtre apparaît néanmoins limité et nécessiterait la combinaison d'autres formes de thérapie. Il faut recourir aux « psychothérapies individuelles ou de groupe, pour agir directement sur l'angoisse et les symptômes » (Thoret et Attigui, 1994, p.31). La source de cet énoncé vient du fait que les activités du type du théâtre ne peuvent tenir lieu d'investissement affectif de base ou supporter une restructuration de la personnalité. Ainsi, l'activité artistique ne pourrait pas remplacer une relation psychothérapeutique ni empêcher la détresse du sujet, mais doit être au contraire employée en combinaison avec diverses méthodes pour atteindre une efficacité optimale de traitement (Lalonde et Borgeat, 1988; Thoret et Attigui, 1994). L'effet thérapeutique serait de plus

variable: « le rendement thérapeutique de l'art est tout à fait irrégulier » souligne Broustra (1996, p.240).

1. La personne psychotique et le personnage

La rencontre avec la matière, si on suppose que le personnage de théâtre est une matière que manipule l'acteur, bouscule ce dernier de l'inhibition jusqu'à l'exaltation, le fait osciller entre des périodes de recherche, de doute, d'hésitation, et des moments d'émergence, de découvertes intuitives. Cette dynamique permet l'invention ludique. « Les patients psychotiques ou limites trouvent là sans doute des pratiques signifiantes qui leur seront plus accessibles que les psychothérapies classiques » (Broustra, 1996, p.32).

L'acteur amateur recherche davantage une expérience d'expression et de créativité. Une telle expérience l'incite à opérer des changements significatifs dans sa vie. Il s'enrichit au contact du personnage qui sera d'autant plus réussi qu'il aura mobilisé les zones intimes de la personne (Brais, 1996). Il bénéficie en fait d'un miroir dans l'image de ce personnage, avec comme conséquence une meilleure connaissance de soi, ce qui permet de mieux agir dans sa propre vie et sur scène.

La notion de l'altérité du personnage, de la fiction qui en découle, garantit la fécondité de l'expérience (Attigui, 1993; Thoret et Attigui, 1994). La restructuration psychique s'engagerait grâce à l'identification au personnage. L'altérité occasionne en effet une distanciation qui tend à maintenir un équilibre propice à la catharsis, entre l'éloignement, un processus cognitif de réminiscence des émotions, et le rapprochement, un processus affectif de réexpérimentation d'événements passés. Le sujet revit alors une émotion sans en être écrasé, ce qui lui facilite le voyage dans son passé. Il emprunte tour à tour, demeurant en état d'équilibre cathartique, les rôles d'observateur et de participant (Landy, 1983). Les émotions des personnages seraient réellement vécues par l'interprète. Par conséquent, ce dernier vit réellement ses propres émotions en s'identifiant à son rôle. Par cette fiction l'acteur peut réintégrer le champ symbolique, son histoire recouvrant son sens. La restructuration du moi dans ce contexte s'exécute au fur et à mesure que l'individu s'aperçoit qu'une confiance en l'autre peut s'établir. Le jeu étant alors possible, la restauration du moi et la différenciation d'avec le ça et le surmoi deviennent simultanément possibles (Attigui, 1993a).

Le thérapeute et le client emploient la fiction comme un lieu où peut s'exprimer l'impossible à dire, i.e. une certaine remémoration de l'effondrement originel, pouvant alors se vivre dans le présent de la fiction théâtrale. Le thérapeute montre par la mise en scène qu'il peut supporter cette peur et l'utiliser de façon créatrice (Attigui, 1993).

Le rapport entre la création et la psychose fut exploré par des auteurs tels Attigui (1993a, b) et Henking (1990). Ils observent que la création est présente dans la psychose mais ne permet pas le rétablissement de la continuité de vie.

2. Le cadre thérapeutique

De façon générale, la distance entre la personne et le rôle peut être gérée par l'emploi de méthodes propres au cadre (Johnson, 1982; Landy, 1983). Johnson (*id.*) cite une étude qu'il réalisa en 1980 et qui conclut de proposer une structure plus restreinte, plus définie avec des gens gravement atteints. Ce cadre doit être fiable pour encourager le jeu d'où découle la création, préalable au travail thérapeutique, et ainsi restaurer le propre cadre du participant. Le rituel théâtral et ses techniques servent cette fiabilité comme autant d'ancrages dans la réalité (Richard, 1993), rendant possibles les aller-retour de la fiction à la réalité car ils introduisent dans le jeu une dimension symbolique (Attigui, 1993a, b). La force poétique des paraboles participe à la distanciation nécessaire dans toute thérapie.

La notion de « retrait protecteur » (Corin, 1990) apparaît comparable à la distance qu'offre le médium thérapeutique à deux points de vue. D'abord parce que les interrelations s'ébauchent autour de ce dernier, évitant aux participants de se retrouver en face à face; ensuite parce que, au théâtre, l'individu peut employer son personnage pour échanger avec l'autre, réduisant par le fait même l'intensité d'une implication directe. Il se retrouve dans ce cas en position de retrait, conforté dans la protection qui en découle.

Quant au rôle du thérapeute, il aide le sujet au même titre que le fait le texte (Souillac, Allilaire et Vinco, 1992), en assurant une structure et une implication stables, sans ambiguïté (Attigui, 1993a). L'interprétation directe ne pouvant être suffisante, il doit préconiser une interprétation qui permette la

rencontre de son inconscient avec celui du client, rendue possible lorsque le clinicien « met en jeu » son propre corps (Attigui, 1993a; Winnicott, 1975). Une telle argumentation suggère l'implication du clinicien dans un des rôles structuraux du théâtre, soit au jeu, soit à la mise en scène. Broustra (1996) relate par ailleurs dans ses expériences cliniques que les animateurs des ateliers d'expression thérapeutiques ou créatifs sont souvent également des créateurs artistiques, ce qu'il qualifie de souhaitable.

En employant ce médium, Attigui (1993a) propose d'éviter l'économie des émotions car « l'amélioration prématurée des symptômes peut compromettre la guérison » (p.205). Le symptôme doit donc être soumis à l'effet cathartique, devant être répété, ce qui contribue à un état de conscience plus clair, à l'effet thérapeutique souhaité. Le sujet sent alors que guérir peut procurer plus de plaisir que la maladie. Ainsi le théâtre a effet de libération, d'organisation et de domination des puissances imaginaires du moi (Attigui, 1993a; Thoret et Attigui, 1994).

Bien que divers écrits s'entendent sur la primauté du rôle et de l'histoire comme étant significatifs pour le changement, ils soulignent à des degrés différents l'importance du texte. Enfin, la tendance suggère d'employer les mots du texte secondairement au travail sur le personnage et sur les situations du texte (Attigui, 1993; Dubar, 1980; Gillibert, 1987), de même qu'à l'ambiance affective et relationnelle (Rodriguez et Troll, 1995). Ainsi, le contenu du rôle, par exemple, importera moins que la manière de l'interpréter (Henking, 1990; Thoret et Attigui, 1994). Il y a toutefois consensus quant à la valeur de l'action créatrice comme raison première du changement (Attigui, 1993a; Johnson, 1982; Landy, 1990).

L'humour et le rire servent à optimiser encore la valeur de l'atelier. L'humour permet d'épargner les affects douloureux associés à une situation donnée, ce que fait la psyché avec la folie, sauf que l'humour comporte une conscience de la douleur qui permet la distanciation, qui tend à porter un véritable regard en soi-même. Dans ce processus de dédramatisation les pulsions peuvent ensuite être employées de façon créative (Attigui, 1993a).

3. Le jeu et la transition entre réalité et fiction

Plusieurs réflexions sur le théâtre évoquent son aspect ludique et sa valeur thérapeutique intrinsèque qui favorisent la santé et les relations interpersonnelles (Attigui, 1993a; Gillibert, 1987, 1990; Thoret et Attigui, 1994). Plus en détail, la situation ludique au théâtre autorise la dépose de la part psychotique, la distanciation d'avec les conflits vifs, le partage avec d'autres du goût de l'activité, le recouvrement de la confiance en soi, la consolidation de son identité et l'acceptation de son vécu corporel (Thoret et Attigui, 1994). La mise en jeu du corps sollicite le moi avec pour effet, chez le psychotique, de s'opposer au morcellement (Attigui, 1993a). Le jeu n'est toutefois possible que sur les assises d'un cadre permanent et fiable qui contre l'émergence de frayeurs (Attigui, 1993a; Broustra, 1996, 1987; Thoret et Attigui, 1994; Winnicott, 1975). Par ailleurs, l'activité ludique permet aussi au thérapeute de supporter les angoisses des acteurs (Attigui, 1993a).

L'espace scénique, en tant que lieu clairement défini, permet la transition entre l'intérieur et l'extérieur. Il favorise par le fait même une distanciation entre la part psychotique et non psychotique de l'individu, ce qui stimule un processus de dédoublement conscient et sain de la personnalité (Attigui, 1993a; Richard, 1993; Thoret et Attigui, 1994; Winnicott, 1975).

Le jeu théâtral s'approche alors intimement de la folie puisqu'il demande nécessairement de créer un monde, un personnage artificiel et d'y faire émerger une situation problématique, entendons l'action dramatique (Attigui, 1993a). Permettre à la personne psychotique d'investir un tel atelier équivaldrait à le rapprocher au plus près possible des souches de sa maladie sans pour autant en éprouver les souffrances, et ainsi lui donner l'occasion d'agir efficacement, à bras-le-corps, sur les mécanismes lésés.

4. Le rapport à l'autre

Le clinicien entre en relation avec le client par la médiation de l'activité, et pratiquement par le biais du cadre, de la structuration du processus thérapeutique, ce qui n'empêche naturellement pas un rapport direct bien qu'il soit dans ce cas coloré par l'expérience conjointe dans l'activité. Puisque le cours de l'activité évolue parallèlement avec le cours de la thérapie, il est plausible de croire que son action thérapeutique se réaliserait idéalement par le biais de la mise en scène. Il serait alors en

position d'agir directement sur le déroulement de la thérapie en graduant la distance entre l'acteur et son personnage (Johnson, 1982; Landy, 1990), en supportant la tension du sujet, notamment en demeurant garant de la fiabilité du cadre, ainsi qu'en mettant son propre corps en action avec pour effet l'équivalent d'une interprétation, tel que Winnicott (1975) l'a décrit. Un autre aspect relatif à ses interprétations concerne le retour en fin de session.

Anzieu et Martin (1982) décrivent les phénomènes de groupe et émettent des suggestions sur les méthodes à employer. Le format de groupe offre une défense contre l'angoisse de morcellement, une angoisse d'ailleurs vive chez le sujet psychotique, grâce à son potentiel de contenance qui sait suppléer un « Moi-peau » déficitaire. Il doit toutefois se constituer selon un ordre symbolique afin d'éviter de représenter une menace de dévoration. Le « groupe restreint » se compose de 6 à 13 participants qui poursuivent en commun les mêmes buts. Il y a interdépendance des membres avec sentiment de solidarité et les rôles sont différenciés, bien que les relations se réorganisent en cours de programme. Ce type de groupe a besoin de normes et de rituels pour encourager le sentiment d'appartenance et ainsi compléter son action. Ils proposent sur le thème des interprétations de centrer les retours sur l'ici et maintenant et sur le groupe lui-même, non sur un individu. De cette façon, chacun a le champ libre pour effectuer son travail personnel d'élaboration psychique.

Études structurées sur l'utilisation thérapeutique du théâtre

La recension d'études structurées employant le théâtre ou une technique rapprochée avec une clientèle psychiatrique accuse la rareté des études empiriques sur ce phénomène. Les publications de Attigui (1993a), de Helly (1994), de Nitsun, Stapleton et Bender (1974), enfin de Rodriguez et Troll (1990) sont apparues comparables puis analysées. L'analyse des contenus des textes permet de déceler trois thèmes principaux: la structure de l'expérience dramatique, les critères d'intérêts et les résultats.

Attigui structure la compréhension de l'expérience théâtrale sur le modèle psychanalytique où les thérapeutes ont un rôle actif dans l'activité. Ils emploient des textes d'auteur comiques avec situations et affects variés. L'expérimentation suit le cours d'une troupe de théâtre, sans interpréter

directement par exemple les rapports entre acteur et personnage. Leurs intérêts se concentrent sur l'interprétation du personnage, le vécu émotif, l'emploi du corps, la consolidation du moi, la renarcissisation et la cohérence entre la voix de l'acteur et le texte, entre le personnage présenté et le texte. Helly précise que le cadre de la thérapie est guidé par les exigences du spectacle et suit donc aussi le cours habituel d'une troupe de théâtre, avec emploi d'un texte d'auteur. Il se concentre sur l'esthétisme de la représentation et la reconnaissance sociale qu'apporte l'activité à ses participants, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs de l'institution. Nitsun et ses collaborateurs proposent à leurs sujets un contexte le moins directif possible en utilisant principalement l'improvisation de situations imaginaires. Ils portent surtout intérêt à l'expression des émotions, à l'esthétisme. Rodriguez et Troll ont offert une thérapie quotidienne sur deux semaines, dans un lieu extérieur à l'institution hospitalière. Un artiste est intégré à l'équipe de soins. Leur cadre de fonctionnement est inspiré par la technique propre au théâtre, dans le souci premier de créer une production artistique qui soit esthétique.

Ainsi, les rubriques se rapportant à la structuration de l'activité sont variées, sans dominance, sinon le recours à une équipe étendue de cliniciens et la référence au produit final pour établir les critères de réussite. Ils focalisent leur attention surtout sur l'esthétisme et le résultat de la création d'une oeuvre ou plus spécifiquement d'un personnage.

Quant à la méthodologie de recherche et aux résultats, les études de Rodriguez et Troll ainsi que de Nitsun *et al.* se servent d'outils quantitatifs pour définir l'état du client avant et après l'étude, avec groupe contrôle (respectivement $n=16$ et $n=24$). Les conclusions dénotent la valeur de ce type de thérapie à court terme. Les résultats et la méthodologie chez Rodriguez et Troll présentent néanmoins des imprécisions qui rendent difficile l'appréciation de la démarche et la généralisation des conclusions à la pratique clinique. Nitsun *et al.* remarquent l'amélioration de l'état des participants sur les plans physique, comportemental et social, et de la capacité d'exécution de tâches intellectuelles. L'article de Helly prend plutôt la forme descriptive d'une expérience clinique. Il conclut que leurs représentations théâtrales suscitent un intérêt marqué pour la communauté. Enfin, Attigui reconnaît une réinscription adéquate dans le champ social pour plus de 50% des clients, sans toutefois préciser les méthodes de recherche malgré une description et des réflexions richement étoffées.

Ces publications identifient dans certaines limites des changements positifs chez les participants aux études, principalement en ce qui concerne l'aspect social. Elles précisent une amélioration des habiletés personnelles, la réinscription dans la communauté et la reconnaissance de l'environnement social.

Chapitre 3 - Cadre conceptuel et questions de recherche

Perspectives théoriques

Le cadre conceptuel représente les assises à partir desquelles s'ébauche la suite du processus de recherche, dont découle le modèle conceptuel ciblant les facettes du phénomène à explorer. Ce cadre théorique propose d'intégrer dans un tout cohérent les connaissances tirées des écrits consultés et les observations du chercheur.

La « réadaptation psychosociale » considère de prime abord la participation active du client à son programme. Le thérapeute porte une attention particulière à ses activités significatives et il emploie l'activité comme un outil de changement. L'intervention clinique se concentre sur la perception de soi et les habiletés d'interaction. Les activités artistiques comptent dans les moyens privilégiés pour ouvrir à la communication, vu leur propension à une dynamique ludique. La création rendue possible dans un contexte fiable et structuré participe à la transformation de l'appareil psychique.

La clientèle présentant un diagnostic de schizophrénie est majoritaire en réadaptation psychosociale. Le tableau clinique montre une altération du rapport à la réalité et une désorganisation du comportement affectif et social. Un traitement global comprenant un traitement neuroleptique, une thérapie expressive et une thérapie fonctionnelle est favorable à la qualité de la réadaptation. L'efficacité des traitements en ce qui a trait à la généralisation des acquis, à savoir de transposer les acquis réalisés en contexte thérapeutique dans des situations différentes de leur environnement quotidien, est peu documentée de même que l'impact relatif d'une activité sur les acquisitions.

La qualité d'exécution des habiletés sociales varie selon l'état du sujet et le contexte de l'évaluation. De plus, la qualité des interactions avec les proches est reconnue comme un facteur important pour le maintien d'un état fonctionnel chez la personne schizophrène. La perception de soi est un concept déterminant du rendement occupationnel et du bien-être psychologique. Il influence la manière qu'a une personne de s'adapter aux agents stressants environnementaux.

L'activité dite significative est la source première de l'intervention ergothérapeutique. Elle devient signifiante lorsqu'elle simule des activités comparables, extérieures au contexte clinique, et tient sa richesse, pour le développement du moi, de l'action qu'elle suscite. L'expérience de succès et le renforcement social ressentis dans la réalisation de l'activité aident à l'amélioration du fonctionnement interpersonnel. Enfin, le médium thérapeutique offre à la clientèle une protection psychique de retrait contre l'angoisse du rapport à l'autre.

L'application privilégiée de l'activité théâtrale dans une visée thérapeutique est optimalement comparable à sa forme coutumière. Quant aux éléments et mécanismes de l'activité théâtrale, l'acteur y joue un personnage, représente quelqu'un d'autre. Il emploie ses propres ressources pour soutenir le personnage, en fonction de la structure définie par divers éléments particuliers au cadre théâtral, en interaction étroite avec d'autres participants. L'activité théâtrale implique aussi le « jeu représentatif », c'est à dire que l'acteur fait exister un personnage devant un spectateur qui lui en donne créance. Quant aux considérations spécifiquement thérapeutiques, l'utilisation du théâtre est une expérience complète dont les effets sont reconnus bénéfiques. L'altérité du personnage garantit la fécondité de l'expérience car elle permet de revivre une émotion sans en être écrasé, dans un état d'équilibre propice à la catharsis. Le cadre gèrerait cette distance entre acteur et personnage.

Perspectives cliniques

Plusieurs observations cliniques ont été consignées par écrit dans le cadre d'un « Groupe d'expression par le jeu théâtral », un groupe qui s'inscrit dans les activités régulières du Centre de jour Niverville depuis 1993, affilié au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. Ce groupe est dirigé par un ergothérapeute, qui signe les feuilles de déroulement des rencontres où sont versées les observations. L'analyse des commentaires se rapportant à quatre productions, dont une création complète et trois ayant utilisé un texte préalablement écrit par un auteur dramatique, permet de compléter la partie théorique du cadre conceptuel de cette recherche tout en déterminant les préconceptions du chercheur.

Ce « Groupe d'expression par le jeu théâtral » fut à l'origine structuré d'après une compréhension psychodynamique, pour une application où le thérapeute agit comme metteur en scène. Ses objectifs généraux visent à restructurer et consolider le moi, à permettre l'expression des affects et la satisfaction des pulsions, à développer des habiletés verbo-motrices et sociales mieux adaptées, de même qu'à investir un projet au long cours dont la finalité est une représentation devant public.

A. Méthode d'investigation

Chaque rencontre était préparée à l'avance sur un document intitulé « Déroulement de groupe ». Le thérapeute y décrivait à la fin de la séance le déroulement réel, décrivait la participation des sujets et notait ses prescriptions pour les rencontres suivantes. L'analyse des documents fut exécutée par immersion dans les données grâce à de multiples lectures, afin d'en ressortir les thèmes constitutifs (Deslauriers, 1991; Tesch, 1990). Le processus d'analyse est composé de trois étapes: lecture de quelques déroulements et ébauche de sept catégories pour la codification; inscription des commentaires dans ces catégories; enfin lecture de chaque catégorie pour en ressortir la structuration, le portrait synthétique, en regroupant autrement des catégories se confondant. Les sept catégories sont les suivantes:

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Orientation | 5. Commentaires relatifs aux individus |
| 2. Nom et nombre des participants | 6. Prescriptions |
| 3. Déroulement réel | 7. Autres |
| 4. Commentaires relatifs au groupe | |

B. Résultats

1. Prescriptions sur la structure de l'activité (catégories 1, 2, 3, 6 et 7)

Les prescriptions concernant la suite du programme se rapportent soit à l'ajustement des caractéristiques de l'activité, soit à des consignes particulières concernant les participants. La structure est un point continuel d'attention pour le clinicien, dont les prescriptions laissent croire en son adaptation réfléchie d'après l'évolution du groupe. Toutefois, la similitude du déroulement des

séances est préconisée. Cette règle apparaît sécurisante et facilite la création, à preuve la participation habituellement qualifiée « d'adéquate ». Toujours à propos du cadre, les incertitudes pour les participants dues à la nécessaire flexibilité dans la création d'un texte tendent à favoriser le recours à un texte préalablement écrit. Il s'avère important que le texte offre des occasions de retrouver sur scène trois acteurs ou plus, ce qui favorise la multiplicité des interactions.

Les fiches montrent qu'un programme supérieur à une vingtaine de rencontres occasionne plus d'absences chez les participants. Les accessoires et costumes, en survenant tôt dans le programme, permettent un jeu plus réaliste, réduisent la complexité du travail préparatoire et sont sécurisants.

2. Commentaires pour l'ensemble des participants (catégorie 4)

Les commentaires du thérapeute portent le plus fréquemment sur la question du rôle. Bien que les retours de fin de séance soient peu étoffés, aux rares commentaires, les retours de fin de thérapie démontrent une autocritique plus adéquate quant aux apports personnels de la thérapie. Dans le cours de la thérapie, on décèle rapidement des prises d'initiative et l'expression d'avis personnels, laissant supposer un cadre suffisamment permissif. La résultante esthétique fut appréciée des spectateurs comme en témoignent les commentaires après la représentation.

3. Commentaires spécifiques individuels (catégorie 5)

Les commentaires personnels se concentrent soit sur le fonctionnement individuel par rapport au système théâtral, soit sur le fonctionnement individuel au sein du groupe, évoquant la diminution des déficits typiques de la psychose.

Il ressort de cette exploration que la sécurité est un facteur important à considérer, assuré par l'addition de divers moyens (texte d'auteur, déroulement ritualisé, emploi d'accessoires, ...). Ces mesures, combinées à l'application en soi, contribueraient à l'amélioration de l'état des participants. Les informations tirées de ces expériences s'ajoutent aux connaissances ressorties des

publications, en les confirmant ou en offrant des pistes supplémentaires dans l'organisation de la recherche puis de la compréhension du phénomène.

Modèle conceptuel de l'étude

Le modèle conceptuel montre les catégories principales définissant l'objet réel, le phénomène, et leurs interrelations, avec comme résultante la «carte du chercheur» (Miles et Huberman, 1984). Cette carte sert de base descriptive pour appréhender le phénomène. Elle est constituée par les variables considérées principales, significatives par le chercheur. À partir de son exploration de la théorie et de ses expériences, il réalise une « réduction anticipée » des données (Lessard-Hébert, Goyette et Boutin, 1990; Miles et Huberman, 1984) afin de centrer son investigation et d'en optimiser la qualité.

Ce modèle a évolué tout au long de la démarche inductive. Un « modèle sommaire » fut initialement construit, avant l'expérimentation, puis s'est transformé au cours de la collecte des données, jusqu'au modèle final reproduit à la figure 2. Cette évolution du modèle conceptuel dénote le souci de laisser surgir ou d'adapter les hypothèses et concepts à l'évolution même de la recherche (Deslauriers, 1991; Miles et Huberman, 1984).

Il montre dans sa structure générale un effet de causalité, à savoir une influence sur les habiletés sociales des clients participant à une thérapie employant le théâtre. Le coeur du modèle est la description des dimensions principales de l'application thérapeutique de l'activité théâtrale. Il met en évidence l'individu lui-même en plaçant en retrait les éléments se rapportant aux membres du groupe. Le client participe donc à l'activité, employée en guise de médium thérapeutique par l'utilisation explicite qu'en fait le clinicien. Ce dernier contribue directement au changement par l'intermédiaire du cadre même de la thérapie, en assumant le rôle de metteur en scène. Il influence, par ses consignes, la distance et les échanges entre acteur et personnage, gérant ainsi le rapport entre l'acteur et sa création. Le clinicien et metteur en scène ajuste ses consignes d'après la rétroaction provenant des échanges mutuels entre acteur et personnage, observables dans la métamorphose de l'un comme de l'autre. La représentation devant public, « l'esthétique » (Anzieu, 1981), est située en dehors du processus de création, la « poïétique ». De cette manière, les deux moments principaux de l'activité, la poïétique et l'esthétique, sont considérés distinctement

bien qu'ils soient imbriqués dans la conception et l'attente qu'ont les acteurs de l'activité. La résultante d'un tel investissement de la part du client devrait être appréciable dans l'évolution de la perception de soi, spécifiquement de ses habiletés sociales, de même que dans la généralisation des acquis sociaux réalisés en thérapie au sein de son environnement, deux aspects significatifs de la réadaptation psychosociale.

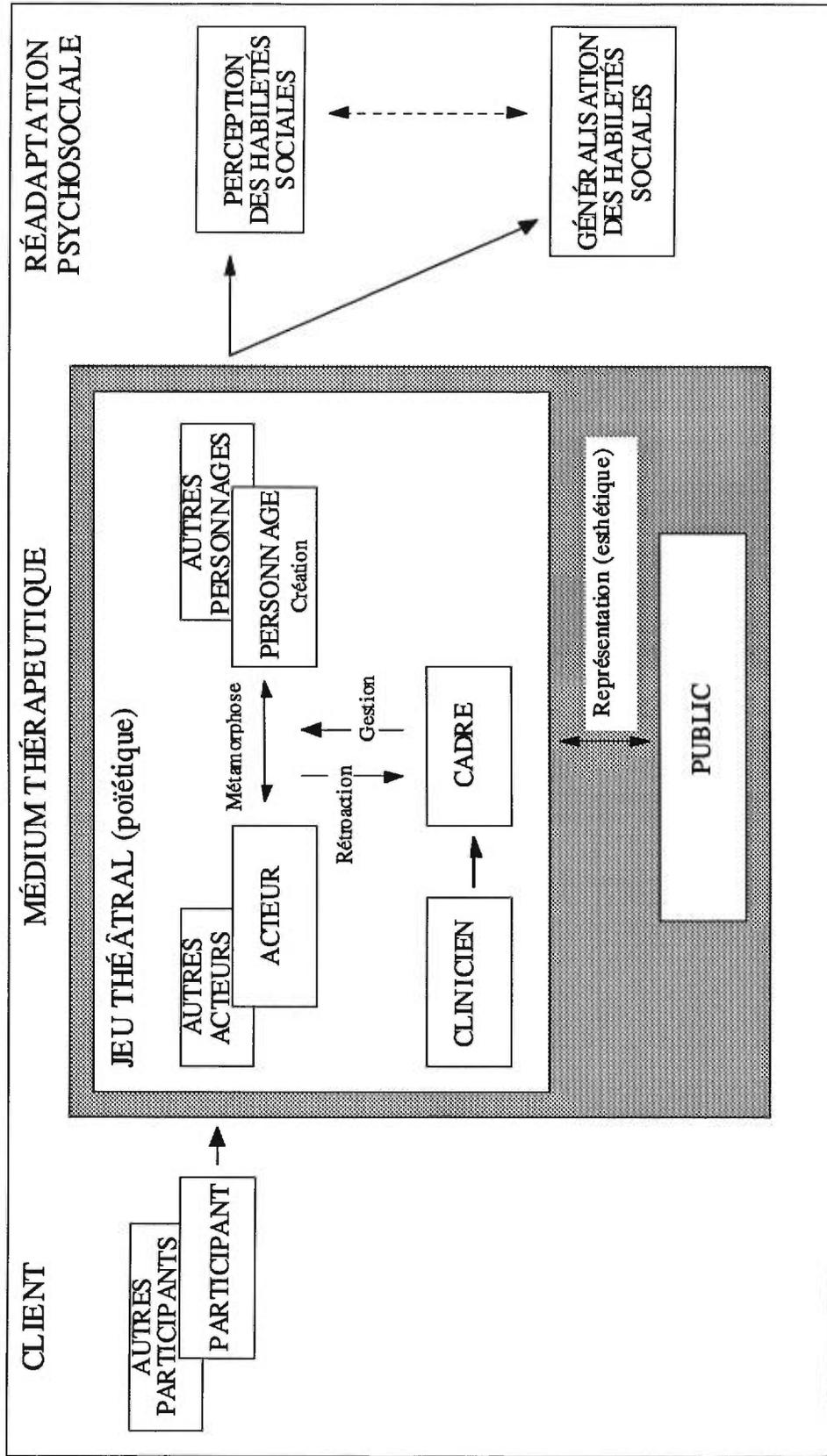


Figure 2: Modèle conceptuel de la recherche

Questions et proposition générale

Les bases et présupposés relatifs au phénomène maintenant posés, cette étude cherche à répondre à une question générale dont découlent quatre questions particulières.

La recherche tente de préciser le changement dans les habiletés d'interaction lors de l'emploi de ce type de thérapie, des informations peu étoffées dans les écrits scientifiques consultés. Les changements sont ciblés d'après la perception qu'a le client de ces habiletés et d'après leur impact notable dans le fonctionnement quotidien, soulignant ainsi la généralisation des acquis du milieu clinique vers l'extérieur. La question générale et les questions particulières s'énoncent de la sorte:

Lorsqu'un sujet psychotique participe à une activité théâtrale dans un contexte thérapeutique, observe-t-on des changements dans ses habiletés sociales?

- A. Comment les habiletés sociales des sujets évoluent-elles entre le début et la fin de la thérapie, telles que perçues par des observateurs externes et par les sujets eux-mêmes?
- B. Quels sont les changements dans les habiletés sociales qui sont observables dans le contexte thérapeutique?
- C. Quels changements dans les habiletés sociales sont observés dans leur environnement quotidien?
- D. Comment se comparent les changements dans le contexte thérapeutique et ceux perçus dans l'environnement quotidien?

La proposition qui découle des écrits consultés est que la création puis l'interprétation d'un personnage théâtral stimule chez le sujet psychotique le recouvrement de ses propres affects et la conscience de son corps, répondant ainsi à des besoins non comblés et induisant un changement dans son état fonctionnel. En fait, l'investissement d'une personne psychotique dans un programme thérapeutique utilisant comme médium le théâtre, dans une structure semblable à celle d'un contexte naturel, améliorerait ses habiletés de communication qui se voient généralisées dans son environnement quotidien, avec comme conséquence, par exemple, des rapports plus satisfaisants avec les proches. Il paraît plausible que le processus de jeu scénique serait l'aspect

fondamental du phénomène. Il serait influencé par les éléments propres au cadre, aux structures de l'activité.

Chapitre 4 - Stratégie de recherche

Approche méthodologique

La présente recherche est synthétique, d'après la description qu'en font Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle (1990). Son souci est d'examiner des comportements et leurs interactions dans un modèle de relations interdépendantes et systémique. Cette stratégie se distingue de la recherche expérimentale notamment parce qu'elle « n'implique pas de manipulation provoquée ou invoquée de la variable indépendante, pas plus qu'elle ne nécessite de contrôle sur l'affectation des sujets à l'étude » (*id.*, p.37). En fait, la thérapie proposée à la clientèle en guise d'observatoire de recherche ne diffère en rien de la conduite habituelle de cette thérapie dans un intérêt exclusivement clinique.

L'approche qualitative répond au mieux à ce type d'étude car elle focalise sur l'intentionnalité des acteurs, sur la complexité et la fluidité des processus impliqués dans le développement de l'action, et se préoccupe du contexte de la découverte (Laperrière, 1993). Ce choix répond de plus à la suggestion de plusieurs auteurs en ergothérapie ou impliqués dans le domaine de la santé mentale, parce qu'ils reconnaissent la complexité de la dynamique psychothérapeutique et les influences majeures du contexte, dont celles induites par le thérapeute lui-même (Broustra, 1987; Étienne, 1990; Lebauvy, 1985; Rebeiro, 1998; Royeen, 1988). Dans une telle optique, l'investissement du chercheur-thérapeute relève de la vision humaniste qui considère les personnes comme des agents pouvant agir de manière significative et intentionnelle et faire des choix en regard de leur perception (Royeen, 1988; Strauss et Corbin, 1990). Toutefois, bien que le chercheur agisse directement sur le stimulus en tant que thérapeute, son action ne diffère en rien de celle retrouvée dans sa conduite des thérapies précédentes.

La démarche générale consiste à étudier les faits à partir d'une idée sommaire du phénomène, pour en ressortir un concept plus général applicable à plusieurs cas. L'expérience est étayée par une investigation sur le terrain de la réalité clinique. En effet, le phénomène est abordé à l'aide d'un « grand bagage théorique mais peu d'idées précises sur ce qui va se passer » (Lessard-Hébert, Goyette et Boutin, 1990, p.73), laissant alors émerger les hypothèses des données.

La méthode privilégiée réfère principalement aux pratiques de la phénoménologie, vu l'intérêt de cerner la perception et les aspects du phénomène qui sont significatifs pour les participants (Holstein et Gubrium, 1994; Morse, 1994; Tesch, 1991). Les dogmes phénoménologiques stipulent que le monde vécu est produit et expérimenté par les personnes mêmes qui le vivent; ce faisant, il devient capital de préserver le point de vue subjectif de l'individu pour garantir la description de la réalité sociale. L'individu appréhende le monde avec un «bagage de connaissances». Ce sont des ressources à partir desquelles il interprète ses expériences, suppose les intentions des autres et coordonne ses actions. Ces ressources sont organisées dans des guides généraux, utiles pour comprendre et interpréter l'expérience. Le langage en constitue le médium central de transmission, recueilli par entrevue systématique ou observations directes du comportement (Holstein et Gubrium, 1994; Tesch, 1990).

Devis de recherche

Le mode d'investigation prend la forme d'une étude de cas, dont le devis comprend plusieurs cas avec «niveaux d'analyse imbriqués» (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 1990; Lessard-Hébert, Goyette et Boutin, 1990). Ce choix s'inspire d'abord de l'intérêt à considérer chaque individu du groupe, en constatant le changement de sa perception, puis à les comparer entre eux. Il s'inspire aussi du souhait de voir les convergences entre deux niveaux d'analyse, à savoir celui des participants eux-mêmes et celui de personnes les entourant.

Pour apprécier ce phénomène, un groupe d'expression par le jeu théâtral est proposé à des clients présentant un diagnostic psychotique, où le clinicien fait office de metteur en scène. La thérapie a commencé en septembre 1996 pour se terminer en avril 1997, la représentation ayant eu lieu le 19 mars. Les sources de données proviennent de plusieurs individus à l'aide de différentes techniques de collecte. Ainsi, les informations sont recueillies auprès des « participants-comédiens », d'un de leurs proches choisi par le participant lui-même et de deux observateurs, c'est à dire le clinicien impliqué et une experte extérieure au site de la thérapie. Le tableau I fait le portrait général des techniques et sources de données, à partir du but poursuivi et en précisant les moments de la collecte.

Tableau I
Techniques de collecte des données

BUT	TECHNIQUE	SOURCE	MOMENT
Voir le changement dans la perception de soi	Entrevue semi-structurée	Participant	Sept. 96 & avril 97
Voir le changement dans la perception de soi	Évaluation M.C.R.O. ¹	Participant	Sept. 96 & avril 97
Voir le changement dans les habiletés sociales au domicile	Entrevue semi-structurée	Proche	Nov. 96 & mai 97
Voir le changement dans les habiletés sociales au domicile	Évaluation M.C.R.O	Proche	Nov. 96 & mai 97
Voir le changement dans les habiletés sociales en contexte thérapeutique	2 enregistrements audiovisuels des séances	Observateurs	18 sept. 96 & 12 mars 97

Les choix méthodologiques effectués à propos du devis tendent à plusieurs égards à optimiser la validité de l'étude, tel que le suggèrent Lessard-Hébert, Goyette et Boutin (1990). La participation active du chercheur offre une proximité, une interaction personnelle rapprochée du phénomène, sur une période longue de sept mois. La variété des techniques de collecte contribue à la validation instrumentale en permettant la triangulation, la confrontation des données provenant de diverses sources. Ces mesures s'accordent pour fournir une quantité et une variété suffisantes de preuves et offrir plusieurs points de vue pour apprécier le changement.

¹ Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

Site et clientèle

Une thérapie d'expression par le jeu théâtral est proposée à six clients inscrits au Centre de Jour psychiatrique Niverville, rattaché au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (Québec). Ce programme avait été offert déjà à cinq occasions par l'ergothérapeute dans le cadre de ses fonctions cliniques. Il était donc connu de la clientèle, du personnel, et l'institution possédait les ressources matérielles nécessaires (scène, atelier de menuiserie, axes d'éclairage, ...). Le Centre reçoit des personnes présentant des troubles graves et persistants. Les seuls critères d'exclusion pour ce traitement comprennent la psychose délirante chronique, la schizophrénie en phase aiguë et les troubles démentiels, tel que conseillé par Attigui (1993a).

L'échantillonnage est de type non-probabiliste. Il se fait par « technique accidentelle » pour la constitution du groupe (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 1990). En effet, l'échantillonnage est constitué de clients référés au Carrefour par un psychiatre. La présélection conserve les modalités cliniques routinières, à savoir que les cliniciens du Centre précisent en Comité clinique qui sont les usagers qui pourraient bénéficier de cette thérapie et pour atteindre quels objectifs. La sélection s'effectue suite à l'évaluation initiale, en regard des besoins de l'individu, de sa motivation et du nombre de places disponibles.

Pour l'analyse, il s'est avéré pertinent de préconiser une technique d'échantillonnage par choix raisonnés en misant sur les « cas critiques », ce qui permet d'optimiser l'éventail expérientiel couvert (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 1990). Les critères de sélection concernent l'âge, le sexe et le diagnostic des sujets, la participation d'un proche au début et à la fin du programme, enfin l'impression de changement positif ou négatif de leur état. L'échantillonnage est apparu suffisant dans les limites de cette étude et valable en regard de la diversité des particularités des sujets. En effet, les deux sexes sont représentés; le spectre des âges s'étend de 23 à 59 ans; ils ont reçu tous trois un diagnostic de schizophrénie et ont aussi tous participé déjà à un tel groupe dans les murs du Centre de jour. Enfin, l'impression de changement qu'ils donnent suite à la thérapie est pour l'une négative tandis qu'elle est positive pour les deux autres. Le tableau II, reproduit dans l'article en page 73, présente les caractéristiques des sujets retenus, telles que documentées dans les dossiers cliniques. Il est à noter que les diagnostics n'ont pas été contrôlés par une démarche formelle; ces données proviennent des notes des psychiatres soignants.

Application thérapeutique de l'activité théâtrale

L'activité est structurée en s'approchant au plus près de la forme du théâtre amateur, comparable par exemple aux propositions de Wekwerth (1971). Le cadre thérapeutique s'inspire des écrits consultés et de l'expérience acquise du clinicien. Ainsi, la thérapie s'est déroulée avec une implication active du clinicien-chercheur en tant que metteur en scène. Il menait ce groupe avec l'aide d'un moniteur en réadaptation pour la partie technique. Le cours de l'activité suivant celui d'une troupe de théâtre, aucune interprétation directe sur les rapports entre l'acteur et son personnage n'est émise avant la fin du programme. La durée, la période et le lieu demeurent les mêmes d'une séance à l'autre. Le texte employé est une comédie québécoise, *La déprime* (Bouchard, Girard, Legault et Vincent, 1991) dont les droits d'auteurs furent accordés à l'adaptation faite par le clinicien. L'histoire présentée compte quatorze personnages et se déroule dans un terminus d'autobus, un lieu idéal pour permettre la rencontre de gens de tous types dans des situations variées. Chaque participant à l'étude interprétait deux personnages.

Le déroulement complet de cette activité thérapeutique comprend une période de répétitions puis la représentation devant public. Le programme commence par l'évaluation initiale des sujets et se termine par l'évaluation finale de ces derniers. La somme des séances se chiffre à 29, à raison d'une par semaine sur une période de sept mois. Le tableau III, reproduit dans l'article en page 75, précise le contenu de l'ensemble des séances au programme, suivi d'une description détaillée de certains aspects. Une séance type se compose d'une période d'échauffement avec atelier de jeu, la mise en scène et se clôt par un retour verbal. Le retour se centre sur l'ici et maintenant et vise à favoriser l'expression des affects se rapportant à l'expérience vécue, de même que des commentaires reliés à l'exécution de l'activité.

A. Les méthodes d'évaluation

L'évaluation initiale se compose de plusieurs épreuves, dont les objectifs sont de tracer un portrait des habiletés expressives et dramatiques de la personne, de voir sa capacité d'interrelation, d'apprécier l'organisation intrapsychique et de connaître leurs objectifs personnels pour la session. Le thérapeute propose alors un échauffement, des exercices d'écoute, de confiance, et d'expression affective et corporelle. Il suggère ensuite des improvisations en équipe avec des thèmes gradués allant de moins à plus intimes. Le contenu demeure dans le champ de la fiction; les acteurs ne sont pas invités à représenter leur vie. Enfin, les clients signifient leurs objectifs personnels par écrit, à partir de questions fournies par le clinicien.

L'évaluation finale se fait par un retour verbal en groupe suite au visionnement de l'enregistrement audiovisuel de la représentation, ainsi que par écrit à partir des objectifs énoncés à l'évaluation initiale. Le retour porte sur leurs acquis et critiques en rapport avec leurs habiletés expressives et dramatiques, sur les correspondances avec leur personnage, enfin sur les changements observés et les changements prévus dans leur vie quotidienne. Il est complété par l'évaluation du programme par les participants.

B. Le texte et la distribution des rôles

Le texte est proposé par le metteur en scène. Il privilégie une comédie, tirée du répertoire québécois, mais avec survenue d'une situation problématique. Il le choisit aussi en regard de la variété des personnages et des situations, afin d'offrir un éventail qui permette aux participants de choisir un rôle qui leur sied au mieux pour réaliser le travail thérapeutique nécessaire. En effet, le clinicien les amène à émettre leurs préférences sur les personnages, par ordre prioritaire, mais conserve le droit de la distribution. L'expérience a démontré jusqu'à maintenant que ce choix s'avère toujours adéquat, que les personnages qu'ils choisissent leur vont « comme un gant ». La distribution est influencée par cette préférence naturellement, par les besoins évalués et par les impressions nées des lectures. En fait, lors des lectures du texte, les clients sont invités à lire les répliques de chacun des personnages, ce qui fournit des informations par exemple sur le sentiment de plaisir à l'égard d'un personnage. Les participants reçoivent de plus le synopsis de la pièce et un

résumé descriptif des personnages, afin de contrer les troubles cognitifs, de faciliter la compréhension de l'histoire et de réduire les affects anxio-dépressifs reliés à l'impression d'entreprendre un projet « gros comme une montagne ». Tout au long du parcours, le clinicien incite les participants à inscrire les consignes de mise en scène dans leur copie du texte.

C. L'échauffement

L'échauffement a lieu dans la majorité des séances et comprend un travail sur le corps (étirement, mobilisation des ceintures musculaires), la respiration, la voix et l'articulation, la concentration, la confiance en l'autre, auxquels s'ajoutent des ateliers portant sur l'expression des sentiments et sur le personnage (mimique, gestuelle, posture, démarche, tics, coloration de la voix et rythme). Un moment de relaxation avec exercice de visualisation se rapportant à leur arrivée en groupe de théâtre est parfois proposé, d'après la perception du besoin par le clinicien ou à la demande des participants.

D. La mise en scène

Le texte est abordé scène par scène. La lecture est d'abord laissée libre, avec seulement quelques précisions utiles à la compréhension, dans le but d'entendre les propositions des acteurs. Lors des lectures subséquentes, le « clinicien-metteur en scène » apporte plus de détails concernant les déplacements des acteurs dans l'espace scénique et les intentions définies par la psychologie du personnage. Après deux lectures complètes du texte, la mise en scène débute sur un espace délimité au sol, texte en main, en focalisant sur les déplacements et les intentions générales. Des ateliers sur la construction du personnage sont soumis aux participants à deux reprises, un travail complété en cours de mise en scène. Lorsqu'une scène présente une organisation esthétique dont l'expression est suffisamment claire, la répétition suivante se concentre sur la prochaine scène. Pendant ce temps, graduellement, les acteurs apprennent leur texte, aidés par les consignes de jeu, et les accessoires sont ajoutés. Un enchaînement de l'ensemble des scènes clôt la mise en place, avant d'amorcer la mise en scène de détails. Le processus de mise en scène suit ainsi le développement chronologique de la pièce. Bien que les gens connaissent le programme d'une semaine à l'autre, ils sont conviés à participer à toutes les répétitions même s'ils ne jouent pas dans

les scènes au programme du jour. En parallèle, l'équipe technique s'affaire à préparer décors, costumes, éclairage et son.

E. La représentation

La représentation a lieu dans une salle aménagée expressément pour l'occasion à l'aide de praticables. Les spectateurs sont des amis, des parents, du personnel de l'institution, des membres des organismes communautaires, de même que des gens du grand public, bien qu'aucune publicité ne soit faite hors du réseau de la santé. Environ 90 personnes ont assisté à cette production. La générale ayant eu lieu dans l'après-midi de la première, les participants demeurent au Centre jusqu'à l'événement. Il y a une période de repos, le souper, la période de maquillage, enfin la représentation puis des échanges informels entre acteurs et spectateurs.

Principes et méthodes d'analyse des données

L'analyse des données est exécutée d'après l'ouvrage de Miles et Huberman, *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods* (1984). Elle se compose de trois activités: la réduction des données, la présentation des données et l'élaboration puis la vérification des conclusions. Ces moments se retrouvent tout au long des étapes de la recherche. L'activité d'analyse est en fait un processus cyclique: les conclusions premières tirées d'une somme considérable de données servent ensuite de données dont la réduction apporte des conclusions secondaires, donc plus affinées, et ainsi de suite jusqu'à pouvoir mettre en évidence l'essence de la réalité étudiée.

A. La réduction des données

Cette activité réfère à un exercice de sélection, de focalisation, de simplification, d'abstraction et de transformation des données, qui s'effectue par étapes successives jusqu'au rapport final. La réduction est réalisée principalement par la construction de sommaires, par le recours à une codification, en ressortant les thèmes dominants et en faisant des regroupements.

Une autre façon de réduire les données consiste à les convertir en leur attribuant un nombre ou un rang. Dans ce cas, la quantification ne vise pas à représenter une valeur absolue, mais plutôt à voir plus aisément les tendances dominantes. Afin d'éviter toute confusion à ce propos, Miles et Huberman proposent de conserver ensemble les chiffres et leurs caractéristiques qualitatives dans la poursuite de l'analyse.

B. La présentation des données

La présentation se définit par un rassemblement organisé d'informations qui permet de tirer des conclusions et de prendre les actions conséquentes pour la suite de l'analyse. Il aide à voir puis à comprendre ce qui se produit. La présentation peut prendre forme d'un texte narratif ou d'une configuration (une matrice, un graphe, une figure, ...) lorsque l'information est complexe. La qualité de la présentation contribue à faciliter la validation de l'analyse. Donc, à ce moment de l'analyse, l'information devient immédiatement accessible, sous une forme compacte.

La même méthode étant employée pour les divers cas analysés, la comparaison entre les résultats obtenus pour chacun en est facilitée.

C. Élaboration et validation des conclusions

Depuis les prémices de la collecte des données, le chercheur définit ce qui est significatif en relevant les schèmes dominants, les thèmes répétitifs et les explications plausibles reliées à la théorie. Ses conclusions, dans le processus cyclique d'analyse, deviennent plus explicites d'une étape à l'autre. Ensuite, ce qui émerge des données doit être vérifié pour sa plausibilité, pour sa validité en tant que représentant fidèle de la réalité étudiée.

Miles et Huberman identifient 12 tactiques pour apprécier la signification d'une configuration particulière de données. Ils les présentent sur un continuum allant de la plus descriptive et concrète à la plus interprétative et abstraite. Afin de répondre à l'intérêt descriptif de cette étude, les quatre premières tactiques furent employées lors de l'analyse. Elles sont rapportées ici telles qu'elles se retrouvent sur le continuum.

1. Le comptage

La recherche qualitative comprend des types de recherche dont l'analyse s'inscrit sur un continuum allant de plus à moins structurée. Les outils peuvent donc être plus quantitatifs à une extrémité du continuum, tandis qu'ils feront plutôt appel à une grande proportion de « pensée disciplinée » à l'autre pôle (Tesch, 1990).

La tactique de « comptage » permet d'apprécier le nombre de fois que survient un événement, la quantité étant une des qualités essentielles du phénomène. Miles et Huberman écrivent ainsi cette démarche:

When we make a generalization, we amass a swarm of particulars and decide, almost unconsciously, which particulars are there more often, matter more than others, go together, and so on. The moment we say something is « important » or « significant » or « recurrent », we have achieved that estimate in part by making counts, comparisons, and weights (p.215).

Il y a trois raisons pour avoir recours aux nombres: voir rapidement ce qu'il y a dans une large tranche de données, vérifier un pressentiment ou des hypothèses et se garder analytiquement honnête, se protéger contre les biais. De fait, les nombres sont plus aisément maniables et offrent un rapide coup d'oeil de la distribution.

2. Relever les schèmes et les thèmes

Il s'agit de relier ensemble des morceaux de données qui sont séparées, devenant alors significatifs par cette agglomération. L'évidence de ces thèmes est vérifiée par un questionnement continu en cours d'analyse.

3. Voir la plausibilité

Cette tactique réfère à l'intuition qu'a le chercheur de la plausibilité des conclusions. Il en ressort une impression qui a besoin d'être vérifiée par d'autres tactiques.

4. Le regroupement

Ceci consiste à établir des classes, des catégories, qui peuvent préexister à la recherche ou émerger des données. La stratégie est applicable à plusieurs niveaux des données qualitatives. Elle favorise une meilleure compréhension du phénomène en regroupant puis en conceptualisant les objets qui ont des caractéristiques similaires. Son action se fonde sur l'agrégation et la comparaison en employant des codes à chaque niveau de réduction. Les opérations de regroupement deviennent en cours de processus de plus en plus complexes et étendues, vers un niveau de plus en plus élevé d'abstraction.

L'analyse, dans ses méthodes et principes généraux, est ainsi un processus cyclique, interactif, comme le suggèrent Miles et Huberman. Il s'opère par la réduction des données, leur présentation et l'élaboration des conclusions qui en découlent.

Chapitre 5 - Les changements perçus dans les habiletés sociales par des observateurs extérieurs

Soumis pour publication dans la *Revue canadienne d'ergothérapie*, sous le titre

LE JEU THÉÂTRAL COMME INDUCTEUR DE CHANGEMENT

DANS LES HABILITÉS SOCIALES

Auteurs

France Fleury, B.Sc., ergothérapeute au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et étudiant à la maîtrise en sciences biomédicales, Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.
Adresse postale: 800, rue Niverville, Trois-Rivières, Québec G9A 2A8.
Tél.: (819) 379-6893

Micheline H. Marazzani, M.Sc., E(c) professeure agrégée au Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

Jean-François Saucier, MD, Ph.D., professeur titulaire au Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal

Résumé

L'utilisation de l'activité significative en réadaptation psychosociale fut rarement documentée par des études empiriques. Cette constatation présente une faille dans notre compréhension de l'engagement humain dans l'activité ainsi que de ses conséquences sur le développement des habiletés sociales, notamment sur leur généralisation dans le milieu de vie. Cet article rapporte les résultats d'une étude sur l'emploi d'une application du jeu théâtral avec trois personnes présentant un état psychotique grave et persistant. Le devis de recherche comporte une collecte de données auprès des participants, d'un proche et des cliniciens, recueillies par entrevues semi-structurées et enregistrements audiovisuels. La méthodologie d'approche qualitative se concrétise par une investigation en Centre de jour psychiatrique. Les résultats indiquent la généralisation d'acquis sociaux dans l'environnement des participants. Les conclusions rappellent l'intérêt du médium artistique de représentation et soulignent la pertinence de son utilisation pour un aménagement personnel et durable des comportements sociaux.

Introduction

L'exploration des effets de l'activité significative sur les habiletés sociales propose de documenter des champs et objectifs importants de la réadaptation psychosociale. L'activité théâtrale, dans une application optimalement proche de sa forme « naturelle », apparaît propice à combiner de façon bénéfique l'investissement significatif de l'individu avec l'évolution de ses habiletés interpersonnelles.

Toutefois, rares sont les études empiriques qui se sont penchées sur la valeur de l'occupation en réadaptation psychosociale (Rebeiro, 1998). Ainsi, les changements occasionnés dans les habiletés sociales suite à l'emploi d'un médium thérapeutique furent rarement documentés. Bon nombre de publications se concentrent plutôt sur un entraînement psychoéducatif à ces habiletés. Leurs résultats sont fort convaincants, malgré des faiblesses quant à la généralisation des acquis dans l'environnement naturel, comme le démontrèrent des auteurs en ergothérapie (Halford et Hayes, 1991; Hayes, Halford et Varghese, 1991; Hayes et Halford, 1993) et de diverses professions (Lieberman, 1991; Tremblay, 1992).

Le devis se fonde sur la compréhension que donnent les personnes impliquées dans l'expérience, à savoir les sujets, leurs proches et le clinicien. L'approche qualitative convient au mieux à cette investigation synthétique dans une démarche inductive, vu la complexité du phénomène à étudier (Contandriopoulos *et al.*, 1990; Laperrière, 1993; Tesch, 1990). Les objectifs de cet article sont de décrire l'évolution des habiletés sociales des participants à une telle thérapie, puis d'établir les correspondances de ces changements entre le contexte thérapeutique et le contexte naturel de l'individu, soulignant ainsi la généralisation des habiletés, et enfin d'expliquer certains mécanismes de l'activité qui favorisent ces changements. Ses descriptions et conclusions peuvent intéresser le clinicien comme le chercheur.

Recension des écrits

A. Réadaptation psychosociale

La réadaptation psychosociale telle que décrite par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (1993a) s'adresse à des personnes présentant des troubles psychiatriques graves. Les objectifs thérapeutiques concernent l'amélioration de la qualité de vie dans une existence aussi active et autonome que possible, en assumant ses responsabilités. Le processus thérapeutique se fonde sur des concepts généraux tels la participation active de la personne à son programme, la compréhension holistique de son être dont ses occupations significatives, et l'utilisation thérapeutique d'activités comme outil de transformation. Bruce et Borg (1993) abondent en ce sens lorsqu'ils parlent « d'ergothérapie psychosociale ». Ils considèrent que le fonctionnement compétent dans la communauté doit y être favorisé. Les composantes sociales se définissent au niveau des habiletés et au niveau du rendement occupationnel (Bonder, 1992). Elles représentent respectivement la connaissance et la capacité d'interagir avec les autres, ainsi que la constellation des activités sociales de la personne.

La clientèle visée se compose principalement de personnes ayant un diagnostic du pôle psychotique. Un sondage réalisé en France rapporte que les personnes schizophrènes comptent pour plus de 50% de la clientèle en centre de réadaptation (Jolivet, 1994), ce que confirme une étude interne du Centre de jour psychiatrique Niverville de Trois-Rivières (1992) dont la proportion s'élève à 73,2%. Le tableau clinique dénote un trouble important de la personnalité avec altération du rapport à la réalité et désorganisation du comportement affectif et social (APA, 1996; Kaplan et Sadock, 1992; Lalonde et Borgeat, 1988; Tessier et Clément, 1992). Le traitement consiste habituellement en une thérapeutique neuroleptique combinée à des thérapies expressives et fonctionnelles, en individuel ou en groupe (Lalonde et Borgeat, 1988).

B. Habiletés sociales

Le dysfonctionnement social est un des six critères diagnostiques de la schizophrénie dans la classification du DSM-IV (APA, 1996). Le portrait social des personnes schizophrènes montre des

déficits associés aux attitudes, à l'apparence, à l'utilisation intégrée des composantes du langage verbal et non-verbal, ainsi qu'à la gestion des rôles sociaux et à l'entretien de relations interpersonnelles (Bonder, 1995; Hayes *et al.*, 1991; Liberman, 1991; Trower *et al.*, 1978). Il est reconnu dans bon nombre d'études que la qualité des interactions avec les proches est un facteur important pour le maintien d'un état fonctionnel chez le client schizophrène (Bonder, 1995; Halford et Hayes, 1991).

Les habiletés sociales sont essentielles dans l'accomplissement de buts affectifs et fonctionnels (Brady, 1984; Liberman, 1991). La qualité d'exécution est très variable d'après l'état du sujet à un moment donné (Donahoe et Driesenga, 1988) et dépend du contexte de l'interaction, ce qui met en doute la possibilité de percevoir une image réelle du sujet dans une situation artificielle (Brady, 1984). Les clients schizophrènes dont l'état est chronicisé répondent moins bien à l'ensemble des interventions psychosociales que ceux qui sont encore en phase aiguë (Hayes, 1989).

Bonder (1995) reconnaît qu'il est crucial de s'appliquer en ergothérapie à remédier aux déficits sociaux. Les ergothérapeutes contribuent à la réadaptation des habiletés sociales en utilisant la thérapie médiatisée par l'activité et l'entraînement psychoéducatif, comme le précisent Hayes *et al.* (1991). Ils citent une étude démontrant que la participation à des activités en centre de jour était associée à une diminution de réhospitalisations et à un fonctionnement social plus adéquat. Toutefois, en comparant l'efficacité d'un groupe de tâches et d'un groupe d'entraînement des habiletés sociales, ils n'ont retrouvé aucun changement significatif dans les habiletés sociales suite au groupe de tâches. Comme le reconnaissent les auteurs, le choix de l'activité pouvait être peu approprié. Ce type de groupe offre en effet peu d'occasions d'échanges, se concentrant surtout sur la structuration et le maintien de l'état général. Il est alors difficile de généraliser leurs conclusions.

C. Activité significative

L'activité significative est la source première de l'intervention ergothérapique (ACE, 1997). Fidler et Fidler (1978) reconnaissent l'action comme fondamentale au développement et à l'adaptation du moi, dont les conséquences sont observables dans les habiletés d'exécution. La richesse de cet engagement est d'autant plus grande que l'activité relie réellement et symboliquement les besoins de l'individu et ses caractéristiques personnelles. De plus, le « faire » sert de médiateur entre la

subjectivité interne de l'individu et l'objectivité de la réalité extérieure à lui, des capacités reconnues comme déficitaires chez la personne psychotique. Il y a risque toutefois, puisqu'en agissant il peut être confronté à son incompetence et à son manque de contrôle sur soi, sur l'environnement.

L'activité artistique est manifestement riche tant par la permission qu'elle offre de rencontrer la réalité et d'y déposer une marque tangible, durable, que par son ouverture à la communication, ou encore pour y trouver une forme d'expression de soi (Vandal et Leahey, 1995). Le jeu favorise l'expression créative, la prise de risque et la liberté d'exploration. Par sa contribution au développement de l'ensemble des facettes de la personnalité, il est un moyen efficace d'apprentissage comme l'énoncent Barris *et al.* (1988). Puisque la motivation intrinsèque est encouragée par la conduite exploratoire, ajoutent-ils, le jeu, en stimulant l'exploration, contribuerait aussi à motiver le client à s'engager dans l'activité. En format de groupe, les participants sont d'autant plus motivés qu'ils y retrouvent une cohésion entre les membres, qu'ils peuvent développer des habiletés interpersonnelles et que la dynamique induit l'espérance (Falk-Kessler *et al.*, 1991). Le rapport entre la création et la psychose fut exploré par des auteurs tels Attigui (1993a, b) et Henking (1990). Ils observent que la création est présente dans la psychose mais ne permet pas le rétablissement de la continuité de vie.

L'activité théâtrale, comme tout processus de création, se compose de deux moments. D'abord la poïétique, moment de la création en train de se faire, puis l'esthétique qui qualifie le produit fini, à partir de sa présentation au spectateur (Anzieu, 1981). La réalisation d'une oeuvre artistique en ergothérapie n'en étant pas le but mais le moyen pour travailler des objectifs explicites, l'attention se focalise ainsi sur la poïétique.

Barris, Kielhofner et Watts (1988) incluent le théâtre sous le vocable des *performing arts*. Ils soulignent que ce médium est moins employé qu'il ne le fut en ergothérapie par le passé, malgré la reconnaissance croissante de ses possibilités pour une application thérapeutique. Ils considèrent que ce type de médium, à l'instar de Gray (1997) et de Leary (1994), doit être intégré à la pratique psychosociale afin de pouvoir offrir un éventail le plus vaste possible qui réponde ainsi au mieux aux besoins et goûts des différentes personnes. Les arts de représentation offrent plus d'opportunités pour différentes actions et émotions que les autres formes d'art. Le théâtre permet notamment d'explorer et de pratiquer différents rôles sociaux dans un contexte coopératif:

the expressive arts offer a variety of opportunities for people to learn and practice skills, develop social interaction and role behavior, deepen their appreciation of the cultural meanings of their environments, and experience the success that accrues from personal and mutual application of human effort. Finally, the public nature of expressive arts provides via the intended and actual audience a point of reference and a source of feedback that facilitates self-assessment (Barris et al., 1988, p.111)

D. Activité théâtrale

Il est de reconnaissance tacite que l'acteur joue un personnage au théâtre, i.e. représente quelqu'un d'autre. Il emploie ses propres ressources pour soutenir l'interprétation du personnage, en fonction de la structure définie par les éléments particuliers au cadre théâtral. Cette dynamique se déroule surtout en contexte de groupe et le produit final est toujours présenté devant public (Attigui, 1993a; Brais, 1996; Gillibert, 1987; Lapointe, 1990; Michaud, 1984; Richard, 1993; Souillac et al., 1992; Stanislavski, 1978; Thoret et Attigui, 1994; Villiers, 1946).

Le procédé thérapeutique théâtral décrit par Attigui (1993a) suggère de considérer la clientèle psychotique comme de véritables comédiens. Ainsi, les émotions sont exprimées dans le cadre du rôle choisi, à partir d'un texte d'auteur, tout en utilisant du matériel biographique pour construire le personnage. Afin de demeurer dans l'aire ludique, la relation entre le personnage et la vie du comédien n'est favorisée qu'à la toute fin du programme. Ce sont les actes produits par le thérapeute dans l'aire transitionnelle qui prennent valeur d'interprétation. Il préconise, sur les bases des réflexions de Winnicott (1975), une interprétation qui permette la rencontre de son inconscient avec celui du client, rendue possible lorsqu'il « met en jeu » son propre corps (Attigui, 1993a). Le rôle du meneur de jeu consiste à incorporer tout indice venant du sujet dans l'action dramatique, à identifier le jeu avec la vie du sujet et à stimuler son contact avec le public.

1. L'acteur et son personnage

Toutes les dimensions de la personnalité sont investies dans l'activité dramatique. Il vit sur le plan affectif des sentiments associés à l'interprétation du personnage comme à l'expérience d'être sur

scène, puisant pour son interprétation entre des sentiments qui paraissent vrais et des sentiments sincères, ces derniers inspirés de ses propres souvenirs (Stanislavski, 1979; Villiers, 1946). Pavis (1987) observe que « l'acteur a l'intuition immédiate de son corps, de l'image émise, de son rapport à l'espace environnant » (p.99). Ce corps mis en action sert de médium à l'expression des parties inconscientes du psychisme (Attigui, 1993a; Richard, 1993). D'ailleurs, le travail sur les émotions apparaît inconcevable sans un travail conjoint sur le corps, une combinaison qualifiée de saine et d'énergisante par des gens de théâtre tels Artaud (1964) et Brook (1977). Socialement, l'acteur entretient des relations multiples: avec les autres acteurs, son personnage, avec les autres personnages (Johnson, 1982), enfin avec le metteur en scène et le public (Grotowski, 1971; Stanislavski, 1979). Pour constituer son rôle, l'acteur doit être attentif à des comportements observés chez « l'autre » pour l'imiter et réfléchir sur l'attitude demandée pour le personnage. Il le construit en fabriquant un amalgame d'observations venant de tous lieux, dont des particularités de son époque (Brecht, 1978). Le rôle regroupe ainsi diverses propriétés typiques d'un comportement ou de figures sociales (Brecht, 1978; Pavis, 1987).

La construction du personnage est un processus continu où l'individu prête vie à un personnage en s'inspirant de ce qui est actif ou latent en lui (Michaud, 1984). Malgré ce rapport privilégié, l'acteur demeure critique de la situation (Lapointe, 1990; Villiers, 1946). Il sait qu'il joue un texte, mais à travers ses répliques il exprime les tensions et questions qui le tourmentent et vit réellement les émotions du personnage (Attigui, 1993a; Pavis, 1987; Thoret et Attigui, 1994).

Plusieurs auteurs du milieu théâtral comme du milieu clinique parlent de la métamorphose ou du dédoublement, en ce sens où l'acteur agit comme s'il était dans un autre corps (Richard, 1993; Rodriguez et Troll, 1995; Thoret, 1993; Villiers, 1946). La difficulté pour l'acteur est d'être soi-même sans se perdre dans son personnage (Richard, 1993; Rodriguez et Troll, 1995). Cette notion de l'altérité du personnage, de la fiction qui en découle, garantirait la fécondité de l'expérience (Attigui, 1993b; Thoret et Attigui, 1994). La distanciation tend à maintenir un équilibre propice à la catharsis, entre l'éloignement, un processus cognitif de réminiscence des émotions, et le rapprochement, un processus affectif de réexpérimentation d'événements passés. Le sujet revit alors une émotion sans en être écrasé, ce qui facilite le voyage dans son passé (Landy, 1983). La métamorphose sera d'autant plus « miraculeuse » qu'il y a coïncidence entre ses souvenirs affectifs et les impressions commandées par le rôle (Stanislavski, 1979).

Le personnage est la création vivante de l'acteur. Anzieu (1981) affirme que l'angoisse et la souffrance peuvent inciter l'individu à créer, au même titre que ces affects deviennent une conséquence de la création, véritable moment de crise. Cet état de crise suppose nécessairement une transformation. L'auteur transforme l'oeuvre et est transformé par elle dans sa pensée (consciente, préconsciente et inconsciente), dans son corps et dans les rapports mutuels avec l'oeuvre. Il existe des moments plus propices à la crise créatrice dans la vie adulte, explique-t-il encore. L'individu en ressort créatif, ce qui affermit son désir de jouir de la vie, ou réduit. La première phase se situe entre 18 à 21 ans, la seconde à l'entrée de la quarantaine et la troisième se déclare à l'approche de la soixantième année.

2. Le cadre

Le cadre est défini par le metteur en scène, par le texte en tant que repère fixe structuré (Gillibert, 1987; Johnson, 1982; Lapointe, 1990; Souillac *et al.*, 1992; Thoret, 1993), par l'espace, le temps, des objets tels les accessoires (Attigui, 1993a; Gillibert, 1990; Thoret, 1993) ainsi que par l'ensemble des conventions théâtrales qui introduisent dans le jeu une dimension symbolique (Attigui, 1993b). Le metteur en scène aide le sujet en gérant la distance entre acteur et personnage (Johnson, 1982; Landy, 1983) et en facilitant leur rencontre (Nuetzel, 1995; Stanislavski, 1979). Il est conseillé d'employer les mots du texte secondairement au travail sur le personnage, sur les situations du texte et sur l'ambiance affective et relationnelle (Attigui, 1993a; Dubar, 1980; Gillibert, 1987; Rodriguez et Troll, 1995).

Attigui (1993a), Boucher (1996), Landy (1990), Rodriguez et Troll (1995) et Villiers (1946) identifient des techniques préalables à l'expression qui regroupent notamment le travail de respiration, de la voix, de la mimique, de l'articulation, des gestes et de la coordination motrice. La conception de Wekwerth (1971) est de favoriser en théâtre amateur le naturel, le jeu et les propositions des acteurs. Le metteur en scène assume les fonctions particulières de soutien, de directeur et de spectateur, dans un va et vient constant entre l'une et l'autre. Le processus complet de sa mise en scène comprend une phase préparatoire, où les acteurs font des propositions par leur approche du texte, puis la conception du metteur en scène, l'arrangement (mise en place), les répétitions de détail, les enchaînements, les répétitions techniques et générales. Tandis que l'arrangement se

rapporte à ce qui est le plus visible en jeu, les répétitions de détails se concentrent sur les intentions, les émotions.

Il y a aussi rencontre avec la troupe entière où « une nouvelle perspective s'ouvre dans les limites de cette vie collective, sur la base commune de nos convictions, de nos croyances, de nos superstitions et des conditions de la vie contemporaine » (Grotowski, 1971, p.98). D'ailleurs le travail d'étude sur le texte et la construction du personnage se font en même temps avec les comédiens (Brecht, 1978). La dynamique du groupe tend vers un esprit coopératif (Rodriguez et Troll, 1995). Stanislavski (1979) présente le contact avec le public dans un paradoxe: la foule oppresse et soulève l'énergie créatrice. Il ressent des courants de sympathie et d'intérêt parvenir de la salle au moment d'un véritable sentiment, éprouvant une « merveilleuse sensation » et un état de bien-être.

Le cadre doit être permanent et fiable pour contrer l'émergence de frayeurs et rendre ainsi le jeu possible. La création en découle alors, contribuant à restaurer le propre cadre du participant (Attigui, 1993b; Broustra, 1987, 1996; Thoret et Attigui, 1994; Winnicott, 1975). Le rituel théâtral et ses techniques serviront cette fiabilité comme autant d'ancrages dans la réalité, rendant possible les allers et retours avec la fiction (Attigui, 1993a, b; Richard, 1993). Johnson (1982) cite une étude qu'il réalisa en 1980 où il conclut de proposer une structure plus restreinte, plus définie avec des gens gravement atteints.

3. Le jeu

En investissant la réalité de la scène, où le « comme si » devient une expérience de vérité, l'acteur se libère des demi-mesures et conflits du quotidien (Brook, 1977; Grotowski, 1971). Le contexte de jeu le porte vers le dépassement, exprimait Robert Lepage (Charest, 1995), qui tend à la transfiguration. L'acteur vit un défi dans une activité qui, malgré son organisation, reste « sauvage, sans règle » (p.102). La survenue d'imprévu est toujours possible, ce qui l'incite à jouer en conservant la maîtrise de soi (Stanislavski, 1979). Le jeu scénique, conclut Nuetzel (1995), n'est rien de plus qu'une forme hautement développée, inconsciente et complexe de jeu sérieux.

La réalité et l'illusion se côtoient au théâtre, l'illusion étant réellement exprimée par des actions (Landy, 1983, 1990; Thoret, 1993). L'espace ainsi créé est une aire intermédiaire où intervient le jeu, ressentie comme une zone de repos. Il permet la transition entre l'intérieur et l'extérieur, favorisant un processus de dédoublement conscient et sain de la personnalité (Attigui, 1993a, b; Richard, 1993; Thoret et Attigui, 1994; Winnicott, 1975).

Plusieurs réflexions sur le théâtre évoquent son aspect ludique et sa valeur thérapeutique intrinsèque qui favorisent la santé et les relations interpersonnelles (Attigui, 1993a; Gillibert, 1987, 1990; Thoret et Attigui, 1994). La situation ludique au théâtre autorise la dépose de la part psychotique, la distanciation d'avec les conflits vifs, le partage avec d'autres du goût de l'activité, le recouvrement de la confiance en soi, la consolidation de l'identité et l'acceptation du vécu corporel (Thoret et Attigui, 1994). La mise en jeu du corps sollicite le moi avec pour effet, chez le psychotique, de s'opposer au morcellement (Attigui, 1993a). Le jeu théâtral s'approche intimement de la folie puisqu'il demande nécessairement de créer un monde, un personnage artificiel et d'y faire émerger une situation problématique, entendons ici l'action dramatique. Permettre à la personne psychotique de s'investir dans un tel atelier équivaldrait à la rapprocher au plus près possible des souches de sa maladie sans pour autant en éprouver les souffrances, et ainsi lui donner l'occasion d'agir efficacement, à bras-le-corps, sur les mécanismes lésés.

Ces propos affermissent les présuppositions de changements induits par le jeu théâtral. Les valeurs pour l'acteur proviennent ainsi de diverses et multiples facettes de l'expérience théâtrale. Elles stimulent et alimentent l'ensemble de ses propres ressources grâce aux rapports mutuels avec le personnage et les participants à l'expérience, tels que gérés par le cadre propre de l'activité dans une dynamique de jeu.

E. Études structurées sur la thérapie employant le théâtre

La recension d'études structurées se rapprochant de la démarche et du contexte décrits jusqu'à maintenant, à savoir une thérapie employant le jeu théâtral avec une clientèle psychiatrique dont le clinicien est activement impliqué, permet de constater que peu de publications relatent ce type d'exploration. Quatre furent néanmoins analysées (Attigui, 1993a; Helly, 1994; Nitsun *et al.*, 1974;

Rodriguez et Troll, 1990). On y décèle trois thèmes principaux: la structure de l'expérience dramatique, les critères d'intérêts et les résultats.

Concernant leur structure, les rubriques habituelles (durée, fréquence des sessions, ...) sont de plusieurs types, caractérisées cependant par le recours à une équipe étendue de cliniciens et la référence au produit final pour établir les critères de réussite. Leurs points d'intérêts mentionnent l'esthétisme et la création d'une oeuvre, d'un personnage.

Les études de Rodriguez et Troll, de Nitsun, se servent d'outils quantitatifs pour coter l'état du client avant et après l'étude, avec groupe contrôle (respectivement $n=16$ et $n=24$). Les conclusions dénotent la valeur certaine de ce type de thérapie à court terme. Les résultats et la méthodologie chez Rodriguez et Troll présentent néanmoins des imprécisions qui rendent difficile l'appréciation de leurs résultats. Nitsun remarque l'amélioration de l'état des participants sur les plans physique, comportemental et social, et de la capacité d'exécution de tâches intellectuelles. L'article de Helly prend plutôt la forme descriptive d'une expérience clinique. Il conclut sur l'intérêt que suscitent leurs représentations théâtrales pour la communauté. Enfin, Attigui reconnaît une réinscription adéquate dans le champ social pour plus de 50% des clients, sans toutefois préciser les méthodes de recherche malgré une description et des réflexions richement étoffées sur cette thérapie.

Méthodologie

A. Approche méthodologique

La stratégie de recherche est synthétique, vu le souhait d'un examen de l'expérience qui soit attentif à l'ensemble des facettes du phénomène et aux relations qu'elles entretiennent. De plus, bien que le chercheur agisse directement sur le stimulus en tant que thérapeute, ce qui correspond à une recherche plutôt expérimentale, son action ne diffère en rien de celle retrouvée dans sa conduite des thérapies précédentes. Le mode d'investigation prend la forme d'une étude de cas, dont le devis comporte de multiples cas avec « niveaux d'analyse imbriqués » (Contandriopoulos *et al.*, 1990; Lessard-Hébert *et al.*, 1990). Ce choix s'inspire de l'intérêt à considérer chaque individu du groupe puis à les comparer entre eux.

Pour vérifier le transfert des acquis du contexte thérapeutique à l'environnement quotidien du client, trois techniques de collecte sont employées: l'enregistrement audiovisuel de deux séances du programme, dont la description des comportements sociaux se fait par deux évaluateurs, une entrevue semi-structurée réalisée avec les proches au début et à la fin du programme thérapeutique et à ces mêmes moments, la passation de la « Mesure canadienne du rendement occupationnel » (Law *et al.*, 1991) remplie par les proches. Le recours à un proche permet, en plus d'offrir une impression sur le rendement du client, de documenter la satisfaction éprouvée dans cette relation.

1. Site et clientèle

Une thérapie d'expression par le jeu théâtral est proposée à des clients inscrits au Centre de Jour psychiatrique Niverville, rattaché au Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières (Québec). Ce programme avait été offert déjà à cinq reprises par l'ergothérapeute dans le cadre de ses fonctions cliniques. Il était donc connu de la clientèle, du personnel, et l'institution possédait les ressources matérielles nécessaires (scène, atelier de menuiserie, axes d'éclairage, ...). Le Centre de jour reçoit des personnes présentant des troubles graves et persistants, dont 75% des personnes présentent un diagnostic de schizophrénie (étude interne, non publiée). Les seuls critères d'exclusion pour ce

traitement comprennent la psychose délirante chronique, la schizophrénie à son stade initial et les troubles démentiels, tel que conseillé par Attigui (1993a).

L'échantillonnage est de type non-probabiliste. Il se fait par technique accidentelle pour la constitution du groupe (Contandriopoulos *et al.*, 1990). En effet, le groupe est constitué de clients référés au Centre par un psychiatre. La composition elle-même du groupe conserve les modalités routinières, à savoir que les cliniciens précisent en comité clinique qui sont les usagers qui pourraient bénéficier de cette thérapie et pour atteindre quels objectifs. Le groupe compte six participants, dont cinq présentent dans leur histoire psychiatrique un diagnostic de schizophrénie et un de psychose maniaco-dépressive (selon les notes des psychiatres soignants). Tous les six ont d'ailleurs pris connaissance des tenants de cette recherche et ont donné par écrit leur consentement.

Pour l'analyse en soi, il s'est avéré pertinent de préconiser une technique d'échantillonnage par choix raisonnés en misant sur les « cas critiques », afin d'optimiser l'éventail expérientiel couvert (Contandriopoulos *et al.*, 1990). Trois sujets ont été choisis en regard de leurs particularités individuelles. Cet échantillonnage est apparu suffisant dans les limites de cette étude et valable en regard de la diversité de leurs particularités. En effet, les deux sexes sont représentés; le spectre des âges s'étend de 23 à 59 ans; ils ont reçu tous trois un diagnostic de schizophrénie et ont aussi tous participé déjà à un tel groupe dans les murs du Centre de jour. Enfin, l'impression de changement qu'ils donnent suite à la thérapie est pour l'une négative tandis qu'elle est positive pour les deux autres. Le tableau II présente les caractéristiques des sujets retenus, telles que documentées dans les dossiers cliniques.

Tableau II
Description des sujets à l'étude

DESCRIPTIFS	S1	SUJETS S2	S3
Sexe	Féminin	Masculin	Féminin
Âge	23 ans	36 ans	59 ans
Diagnostics (du plus récent au plus ancien)	Schizophrénie paranoïde	Schizophrénie résiduelle Schizophrénie paranoïde	Dépression psychotique État d'anxiété général Dysthymie Schizophrénie résiduelle
Expériences théâtrales	Participation à diverses productions au Centre	Participation à diverses productions au Centre	Participation à diverses productions au Centre
Changements dans le suivi thérapeutique	Accompagnement stable	Accompagnement stable	Réduction de la moitié des entrevues avec 2/3 cliniciens
Changements dans la médication	Oui	Non	Non
Événements particuliers survenus lors du programme	Hospitalisée fin mars	Maladie grave de la mère	Naissance de la première petite fille Décès d'un frère
Proche interviewé	Mère	Amie de coeur	Époux
Impression de changement (amélioration ou diminution)	↓	↑	↑

2. Application thérapeutique de l'activité théâtrale

Le cours de l'activité est structuré comme l'est habituellement le théâtre amateur, sans interprétation directe par exemple sur les correspondances entre l'acteur et son personnage, ce qui est employé dans ce contexte thérapeutique à la fin du programme. Son application ne saurait être confondue avec des thérapies telles le psychodrame psychanalytique (Kestenberg et Jeammet, 1987) ou la scénothérapie (Dars et Benoît, 1973), où par exemple il n'y a pas de représentation devant

spectateurs. Ce « Groupe d'expression par le jeu théâtral » fut à l'origine conçu d'après une compréhension psychodynamique, pour une application où il y a implication du thérapeute comme metteur en scène.

Les particularités de l'application s'inspirent des écrits consultés et des expériences cliniques réalisées au Centre de jour. En fait, l'analyse des déroulements des cinq sessions réalisées au Centre entre 1993 et 1995 propose une description de l'application privilégiée par le clinicien. Il en ressort qu'il est favorable de préconiser un maximum d'une vingtaine de séances pour diminuer le taux d'absentéisme, en proposant un déroulement ritualisé. Les séances sont préparées au fur et à mesure pour répondre au mieux à l'évolution du groupe. Le choix d'un texte d'auteur apparaît plus propice qu'une création complète, notamment parce qu'il offre dès le départ des balises plus précises de la tâche à accomplir. Quant aux interactions sur scène, la présence de plus de trois acteurs favorise la multiplicité des interactions, ce que les clients disent préférer.

Le texte employé est une comédie québécoise, *La déprime* (Bouchard, Girard, Legault et Vincent, 1991) dont les droits d'auteurs sont accordés à l'adaptation faite par le clinicien. L'histoire présentée se déroule dans un terminus d'autobus, où quatorze personnages ont des occasions de se rencontrer et de développer divers types de relation. Chaque participant à l'étude interprète deux personnages. Le déroulement général du programme comprend une période de répétition puis la représentation devant public. Une évaluation initiale et finale encadrent le programme. Cette évaluation se compose d'une observation des habiletés de jeu théâtral et de la rédaction de leurs objectifs personnels. La somme des séances se chiffre à 29, à raison d'une par semaine sur une période de sept mois. Le tableau III précise le contenu de l'ensemble des séances au programme. Une séance type se compose d'une période d'échauffement avec atelier de jeu, la mise en scène et se clôt par un retour sur l'expérience vécue.

Tableau III
Déroulement du programme thérapeutique

SÉANCE	DÉROULEMENT
1	Évaluation initiale: ateliers de jeu, improvisations et énoncé des objectifs personnels
2	Ateliers de jeu
3	Présentation de la pièce et lecture
4	Choix des personnages avec énonciation des préférences et lecture
5	Distribution des rôles et lecture
6	Lecture
7 à 21	Mise en place et mise en scène avec introduction graduelle d'accessoires
22 à 25	Enchaînements
26	Répétition générale
27	Présentation devant public
28 et 29	Retour final avec visionnement de la représentation, autoévaluation et évaluation du programme

B. Collecte des données

1. Les observations filmées

Afin de pouvoir observer les participants en contexte thérapeutique, un enregistrement audiovisuel est réalisé au début du programme et un autre quelques jours avant la représentation. Ce dernier tournage se trouve à clore la tranche poïétique de l'activité. Malgré des indices possibles de fatigue due au nombre rapproché de répétitions dans cette période, ce moment a comme avantage

d'éviter la période euphorisante de la représentation. Le laps de temps entre les deux observations est de six mois. Cette instrumentation est employée d'une façon inclusive au contexte (Lessard-Hébert, Goyette et Boutin, 1990). La caméra est fixe et ajustée avec un grand angle, sans interruption de l'enregistrement. Le premier enregistrement (18 septembre 1996) montre les clients dans la salle de répétition, en période d'évaluation initiale, dans des ateliers allant de plus à moins structurés: échauffement physique et vocal, exercices d'écoute et de confiance, atelier sur l'expression corporelle puis affective, enfin improvisations à partir d'un thème. Le second (12 mars 1997) les présente dans la salle de spectacle lors d'un enchaînement: arrivée et discussion sur le jeu, enchaînement des 15 premières scènes sur 22 et retour sur la rencontre.

2. Entrevue semi-structurée d'un proche

Avoir recours à un proche pour qualifier la compétence sociale réfère à la mesure dite « sociale » (Donahoe et Driesenga, 1988). Elle vise à recueillir l'impression des interlocuteurs quant à l'appropriation des comportements du client. Interviewer un proche a comme avantage de se baser sur des interactions survenues au quotidien, limitant les variations propres au contexte d'évaluation et considérant la place essentielle de l'interlocuteur dans la communication.

Les entrevues semi-structurées sont réalisées en décembre 1996 et en juin 1997 auprès d'un de leurs proches. C'est le clinicien-chercheur qui dirige la rencontre. Le guide d'entrevue conçu pour la circonstance comprend des rubriques sur le théâtre et ses valeurs, sur la perception de l'état du participant et sur la qualité de leur relation. Les entrevues sont enregistrées sur ruban sonore puis retranscrites. Un guide de transcription est fourni à la personne responsable de cette tâche. Bien que la transcription ait été ensuite remise au proche pour en valider le contenu et y faire les corrections nécessaires, aucune correction majeure ne fut apportée; ainsi, cette démarche de validation ne fut-elle pas reprise après la dernière entrevue.

3. Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) remplie par un proche

Cet outil standardisé (Law *et al.*, 1991) a été créé pour une utilisation clinique en ergothérapie. Il permet d'évaluer la perception qu'a le client de son rendement occupationnel ainsi que sa

satisfaction face à ce rendement perçu. Sous forme d'une entrevue semi-structurée, l'intervieweur doit initialement cerner les difficultés dans les domaines du rendement occupationnel en demandant, à partir d'une liste d'activités, s'il y a problème lors de l'exécution ou si un problème en empêche l'exécution. Il est invité ensuite à coter l'importance relative de chaque problème, puis son rendement et sa satisfaction pour les cinq plus importants, sur une échelle de dix. L'outil est administré à un proche pour chaque participant, en même temps que l'entrevue semi-structurée.

Ses qualités métrologiques furent appréciées lors d'une étude auprès de 27 personnes âgées (Sanford *et al.*, 1994). La fiabilité test-retest est de 0,63 pour le rendement, un coefficient de corrélation interclasse qualifié de bon, et de 0,84 pour la satisfaction, un coefficient considéré excellent. Deux autres études furent menées par le groupe de recherche de la MCRO pour constater la qualité de réponse de l'outil (Law *et al.*, 1994). Quant à sa valeur pour la réévaluation, des différences significatives sont notées entre l'évaluation initiale et la réévaluation avec un échantillonnage de 139 personnes pour le rendement et de 138 personnes pour la satisfaction. Une corrélation entre les scores de changement de la MCRO et les changements fonctionnels observés, pour une population de 30 sujets, est démontrée statistiquement significative. Une enquête canadienne sur l'utilité clinique de la MCRO rapporte que 75 ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire envoyé à 104 cliniciens utilisent couramment cet outil (Toomey *et al.*, 1994). Cette étude conclue que les cliniciens, dont la pratique s'identifie aux lignes directrices de l'Association canadienne des ergothérapeutes, emploient avec enthousiasme la MCRO et obtiennent des résultats positifs.

Bien que peu d'études aient porté sur les qualités métrologiques de la Mesure canadienne du rendement occupationnel et que son utilisation s'avère plus étoffée en clinique qu'en recherche, sa constitution offre l'originalité d'identifier la perception qu'a le client de ses problèmes fonctionnels. En plus d'être une mesure significative pour le traitement, cette option représente au mieux le sentiment qu'a le client de son évolution ainsi que l'impression d'un proche de cette évolution. Cela permet de s'approcher au plus près de la perception qu'ont les personnes impliquées dans le phénomène, tout en contournant le problème identifié des variations induites par le contexte d'évaluation lui-même.

C. Analyse des données

La principe d'analyse des données est conduit d'après le modèle cyclique de Miles et Huberman (1984). Il se compose de trois moments: la réduction des données, la présentation succincte des résultats de cette réduction et l'élaboration des conclusions qui en ressortent puis leur vérification. La réduction s'effectue par étapes ou cycles successifs, où la conclusion de chacun des cycles sert de données qui seront réduites au cycle suivant. Les conclusions deviennent à chaque cycle plus explicites. En d'autres mots, l'analyse se fait par différentes étapes de codification qui cernent et regroupent les unités significatives par catégories, en vue d'en ressortir des sommaires qui sont ensuite comparés entre eux (Lessard-Hébert *et al.*, 1990; Miles et Huberman, 1984; Tesch, 1990).

La figure 3 fait le portrait du processus complet de l'analyse. Le procédé met en évidence d'une part l'expérience de chaque individu, d'autre part la comparaison de leurs expériences sous l'appellation de « analyse transversale ».

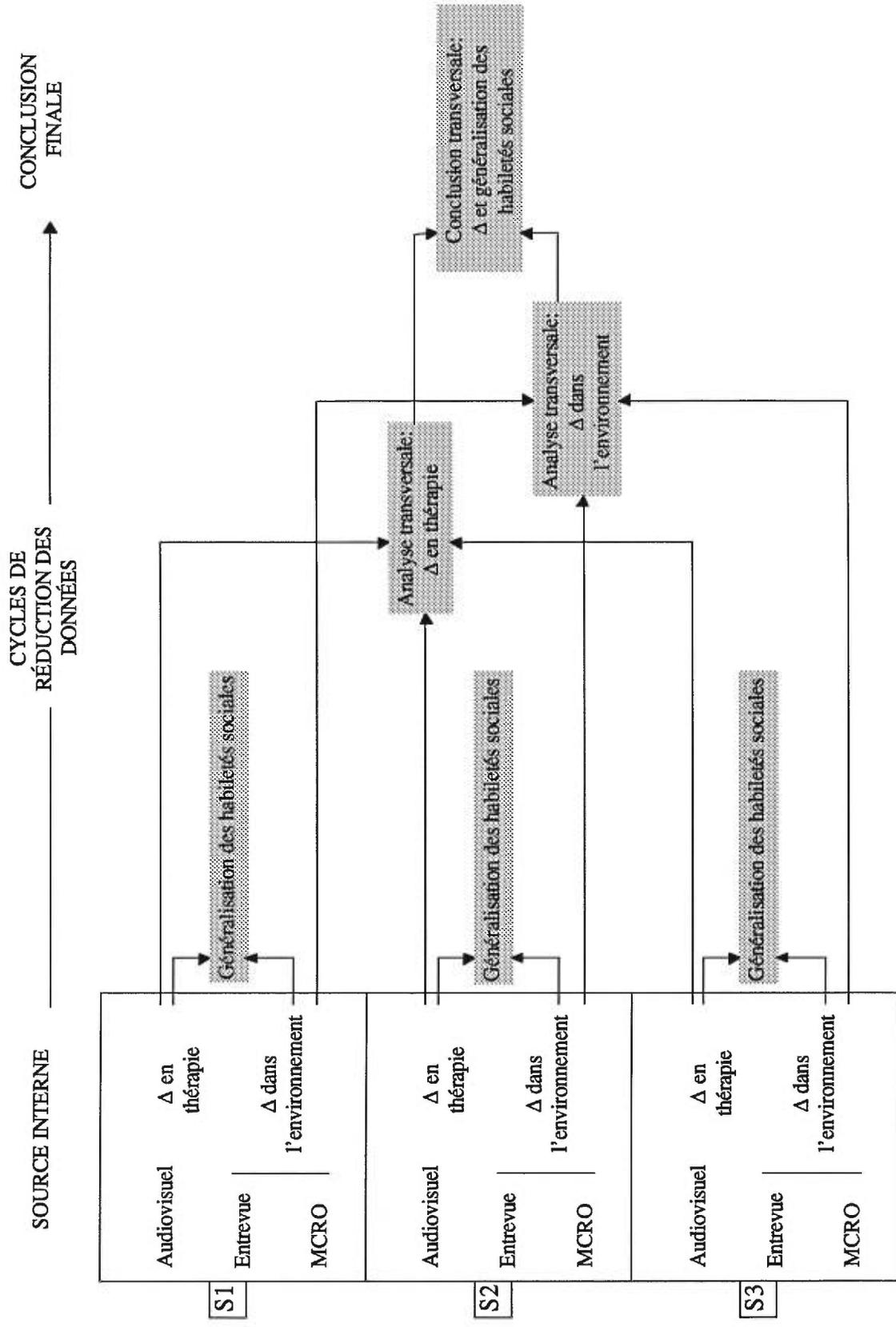


Figure 3: Cycles d'analyse pour la réduction successive des données provenant de sources extérieures aux sujets. Légende du symbole: Δ = variation

1. Méthode d'analyse des observations audiovisuelles

Les séquences de l'enregistrement pour l'analyse sont choisies de façon aléatoire, puis selon la présence réelle du participant observé. Elles représentent finalement une heure de visionnement par personne, pour chaque enregistrement de deux heures.

La transcription d'observations en vue d'une analyse comparative présente une difficulté majeure à cause de la complexité du matériel, des facettes multiples du comportement, un fait reconnu en anthropologie (Ekman et Scherer, 1985; Frey *et al.*, 1982; Pelosse, 1986). Le « *Social interaction test* » de Trower, Bryant et Argyle (1978) a servi de « grille de perception des données » (Mucchielli, 1991, p.70). Il a été choisi suite à la lecture de plusieurs outils pour l'éventail couvert des habiletés sociales, la signification clinique de cet éventail ainsi que la précision descriptive de la cotation. Cette cotation qualifie en effet le comportement. Elle est ordonnée d'une part sur une échelle de 0 à 4, d'un comportement de plus à moins fonctionnel. Plusieurs catégories permettent ensuite une discrimination en a ou b, selon que le comportement montre de l'exagération ou une certaine insuffisance. La traduction employée est réalisée expressément pour cette étude (*elle est versée à l'annexe C du mémoire*). Celle-ci fut validée quant au sens des descriptions de chaque cote par les deux évaluateurs des enregistrements. L'évaluation se compose de deux parties: les *Éléments spécifiques* et les *Impressions générales*.

a. Éléments spécifiques

Les *Éléments spécifiques* apprécient les caractéristiques verbales, le comportement non-verbal et la conversation à un degré « molaire », c'est à dire global, à la différence d'observations « moléculaires » qui décomposent en détail le comportement. Chacun des 29 items est coté sur une échelle en cinq points allant de normal (0) à déficit important (4). D'après ce qui est observable dans les enregistrements, 15 items sont conservés, à savoir: en verbal, le volume et la clarté; en non-verbal, la proximité, l'orientation du corps, le regard, la gestuelle et les gestes autistiques; en conversation, l'humour, la grammaire non-verbale (l'accompagnement non-verbal ponctuant le discours), la coordination, prendre le plancher, les questions, les routines d'affirmation, le comportement en public, enfin les routines spécifiques aux situations.

Le procédé d'analyse est effectué par deux analystes, une ergothérapeute enseignante, extérieure au contexte investigué, et le clinicien-chercheur. Après avoir lu les directives de Trower *et al.*, ils visionnent ensemble les enregistrements, cotent séparément, puis échangent sur leurs résultats afin de déterminer une cote unique pour chaque élément spécifique. Ils sont de plus invités à préciser leur jugement par des commentaires écrits qui s'ajoutent aux résultats.

Les cotations ne peuvent pas être considérées comme des valeurs absolues, étant donné l'adaptation faite de l'outil et la petitesse de l'échantillonnage. Leur intérêt réside dans leur caractère descriptif. La variation de chaque élément est qualifiée par « amélioration », « diminution » ou « stabilité ». Les notes des évaluateurs viennent compléter la qualification de ces cotations. Elles sont analysées et synthétisées en regard de chaque élément. Le produit final de la réduction des données provenant de la source des cotations du « *Social interaction test* » donne un sommaire des changements pour chaque individu. Ces sommaires sont ensuite comparés entre eux, d'après chacun des éléments, offrant ainsi une analyse comparative ou transversale.

b. Impressions générales

Elles sont qualifiées par un « différenciateur sémantique » (Snider et Osgood, 1969) à sept échelons, pour 13 concepts, et décrivent les impressions ressenties par les évaluateurs en observant le sujet. Les 12 concepts gardés pour l'étude comprennent la sympathie, la supériorité, la détente sociale, être heureux, reconnaissant, contrôlant, attrayant, équilibré, actif, facile, émotif et socialement habile.

Pour le procédé d'analyse, les deux évaluateurs établissent séparément leur cote, discutent pour confirmer leur impression, puis la moyenne de deux cotations est inscrite.

Les moyennes des cotations sont employées de même pour leur valeur descriptive, en comparant la cote initiale et la cote finale. Il est possible de mettre en évidence le changement en reclassant les pôles du différenciateur en positif (1) et négatif (7). Les pôles positifs deviennent alors: *Chaleureux/sympathique, Supérieur/dominant, Détendu, Heureux, Reconnaissant, Non contrôlant, Attrayant, Équilibré, Actif, Facile, Neutre* et *Socialement habile*. Une fois la variation soulignée pour chaque concept, la signification de cette variation est considérée pour définir si le résultat final est

réellement positif, à savoir s'il est égal ou supérieur à la cote moyenne (4). Cette précision rend compte alors de la valeur fonctionnelle du changement.

Les observations sont organisées selon que l'individu est ou non en situation de jeu. Être en jeu ou hors du contexte de jeu représente en effet une différence considérable vu la métamorphose qui s'opère en interprétant un personnage. Une telle distinction permet de mieux cerner l'effet de la scène. Ainsi, l'individu est considéré « en jeu » lorsqu'il exécute un exercice, un atelier scénique, ou qu'il interprète son personnage. Il est « hors jeu » pendant qu'il est hors de l'espace scénique ou qu'il reçoit des consignes de jeu. Ces données organisées en échelle seront ensuite présentées dans une « grille de vérification » (Lessard-Hébert *et al.*, 1990; Miles et Huberman, 1984).

2. Analyse des verbatims des proches

Afin d'organiser la codification de départ pour réduire les données brutes qu'apportent les verbatims des entrevues semi-structurées, la méthode d'immersion dans les données par des lectures répétées est préconisée (Deslauriers, 1991; Tesch, 1990). Elle a permis de constater la pertinence d'employer le « Modèle canadien du rendement occupationnel » (ACE, 1997) pour organiser la codification, dont l'énumération des composantes se retrouve dans le « Profil de rendement occupationnel fondé sur le modèle de rendement occupationnel » (ACE, 1993a²). Ce modèle décrit le rendement occupationnel comme la résultante d'un rapport dynamique entre le client, l'environnement et l'occupation:

« Le rendement occupationnel évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations, définies sur le plan culturel et correspondant à son groupe d'âge, lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la communauté » (ACE, 1997, p.34).

Les catégories proposées par ce modèle sont apparues suffisamment exhaustives pour regrouper les unités discursives et se sont avérées significatives en regard d'une compréhension clinique. Les

² Bien que le modèle fut légèrement remanié dans la nouvelle édition de 1997, nous avons préservé la nomenclature de 1993. Cette décision est inspirée d'une part de la majorité de références en rapport avec les orientations spécifiques en santé mentale qui datent de 1993 et non pas été revues, d'autre part parce que les changements dans la nouvelle édition n'offrent pas de changements contradictoires avec le Modèle proposé en 1993.

catégories jugées représentatives de l'aspect social sont versées à l'annexe B. Une catégorie « Autre » est néanmoins ajoutée pour recevoir les unités de sens s'inscrivant difficilement dans les catégories du modèle. Après relecture des données ainsi organisées, il est ressorti que les unités de texte pouvaient se regrouper selon que les habiletés sociales portaient sur les relations en général ou sur la relation spécifique avec leurs proches. Ces catégories permettent alors de réduire les données sous cette configuration.

La codification est initialement réalisée par le clinicien-chercheur, puis révisée par les deux autres auteurs de cette étude. La suite de l'analyse conserve toutes les catégories identifiées par les trois évaluateurs afin d'éviter de perdre des incidents utiles à la compréhension du sens de l'expérience. Les catégories conservées pour apprécier le changement dans les habiletés sociales se rapportent principalement à la dimension socioculturelle et aux domaines du rendement occupationnel nécessitant de telles habiletés pour mener à bien leur réalisation. Le matériel discursif ainsi codé est préparé pour que les données puissent être traitées à l'aide du logiciel NUD•IST (Q.S.R., 1995).

La codification en vue de réduire les données se fait par tranches successives (Miles et Huberman, 1984; Tesch, 1990). Le contenu de chaque unité significative est résumé dans un langage plus abstrait, en associant les unités montrant des similitudes. Ainsi, une première synthèse est élaborée pour chaque unité du discours, par personne, par catégorie, pour l'évaluation initiale et l'évaluation finale. Le second niveau synthétique décrit les changements entre la synthèse de l'initial et celle du final, toujours par personne et par catégorie. Ne persistent alors que les unités dénotant un changement entre les moments d'évaluation. Un troisième et dernier niveau donne naissance à un sommaire qualifiant le changement par personne et en analyse transversale par catégorie, dont la présentation se résume à une page. Cette démarche structure graduellement les données dans des sommaires et des rapports d'étape, dont la construction de matrices et de figures visuelles facilite l'appréciation. Il est possible de cette façon de constater le changement pour chaque personne et de voir s'il y a réplique des résultats parmi les trois individus.

3. Analyse de la MCRO remplie par les proches

Seuls les problèmes soulevés dans la MCRO comportant des considérations sociales majeures sont conservés pour l'analyse. Ils touchent donc les domaines des activités domestiques, productives et de loisirs. La variation offerte par la moyenne des cotes entre l'évaluation finale et initiale donne la tendance des changements de perception du rendement et de la satisfaction. En effet, la moyenne numérique en soi offre moins d'intérêt que la tendance du changement en fonction des domaines. Il est ensuite aisé de focaliser l'attention sur les changements par individu, puis de façon transversale par domaine du rendement occupationnel.

La figure 4 montre les sources de données dont les synthèses descriptives seront mises en interrelation et comparées par réductions successives.

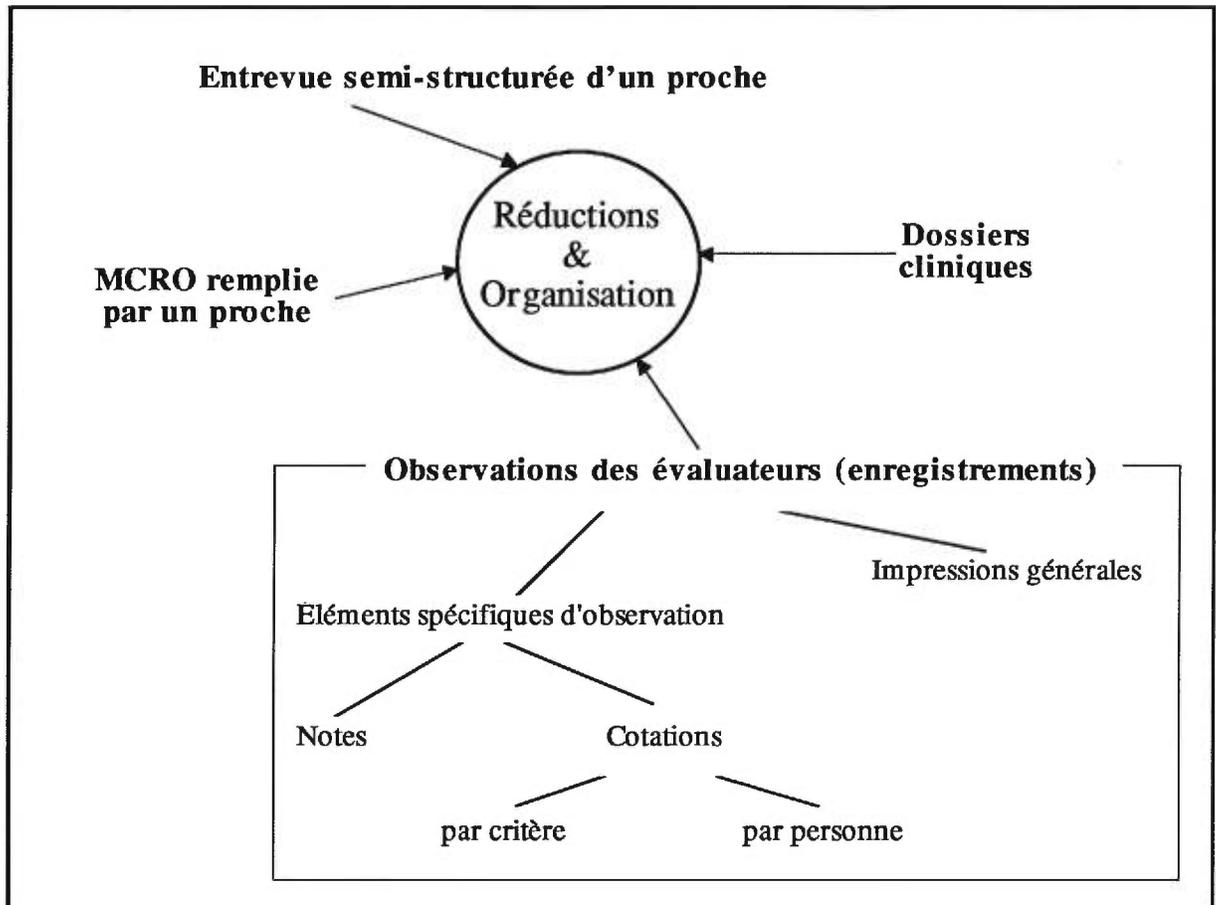


Figure 4: Sources de données

Résultats

La présentation des résultats met en valeur les faits saillants des changements observés pour chaque personne selon que les données proviennent de l'activité théâtrale ou de l'environnement social. Les changements transversaux, à savoir les changements significatifs qui ressortent chez les trois sujets, sont ensuite dégagés.

A. Dans l'activité théâtrale

1. Changements personnels

a. Sujet 1

Les cotations des *Éléments spécifiques* montrent une amélioration nette hors du jeu (8+, 2-) en comparant les valeurs relatives des cotes chiffrées. Au contraire, en jeu, il y a diminution pour sept éléments (1+, 7-). Les éléments qualifiant les habiletés sociales qui se sont améliorées hors du jeu ne le sont pas pendant le jeu. Toutefois, ce qui diminue hors jeu, diminue aussi en jeu.

Les éléments verbaux, à savoir le volume et la clarté, se sont améliorés en contexte hors jeu. Hors du jeu, le comportement non-verbal de la participante démontre plus de changements positifs (du regard et de la gestuelle) que négatifs (orientation du corps). En jeu, seul le regard a bonifié sa cote, tandis que quatre éléments ont réduit la leur (proximité, orientation du corps, gestuelle et gestes autistiques). Les éléments se rapportant à la conversation hors jeu que sont la grammaire non-verbale, la coordination, prendre le plancher et les routines d'affirmation ont progressé, quand les routines spécifiques ont reculé. Le portrait en jeu ne montre que des diminutions (grammaire non-verbale et routines spécifiques). Ainsi, la cliente présenterait de meilleures habiletés verbales, non-verbales et de conversation lorsqu'elle ne joue pas, bien que ces habiletés soient moins efficaces pendant le jeu.

Les notes ajoutées des évaluateurs reconnaissent que le comportement non-verbal est plus expressif, démontrant un meilleur accompagnement du discours en fin de séance finale. Les observateurs évoquent l'impression d'une absence de jeu, de distance entre la situation en jeu et hors jeu. Ce commentaire est inspiré de l'oubli continu sur scène que fait la participante du public

et parce qu'elle ne prend pas la place que permet pourtant son personnage. La conclusion souligne une opposition sourde de la cliente par rapport à des limites provenant de l'extérieur, à savoir des consignes de mise en scène et la structuration de l'activité elle-même. Malgré cette absence de jeu scénique, il y a toutefois amélioration du comportement hors jeu.

Quatre concepts des *Impressions générales* (détendu, heureux, reconnaissant et équilibré) présentent une variation positive, pour une négative (facile). Malgré cela, l'amélioration pour chaque concept n'est pas suffisamment significative pour être considérée comme fonctionnelle, bien qu'il y ait présence de légers changements positifs. Les faits saillants sont qu'elle dégage l'impression d'être plus heureuse et que l'impression qu'elle donne d'être devenue plus difficile comme cliente pourrait représenter un indice de détérioration.

b. Sujet 2

Les éléments observés affichent une amélioration en contexte hors jeu (5+, 9=) et en jeu (3+, 1-, 7=). Les changements positifs notés hors jeu dénotent soit une amélioration (pour 2 éléments), soit une stabilité (pour 2 éléments) en contexte de jeu.

En détail, S2 montre une variation positive, lorsqu'il ne joue pas, du volume, de l'orientation du corps, pour prendre le plancher et dans les routines d'affirmation. En jouant, il présente une amélioration du volume vocal, de la coordination et pour prendre le plancher, tandis que la grammaire non-verbale diminue. Ainsi, la qualité de son comportement social s'est accrue, bien que la grammaire non-verbale en jeu révélerait une diminution. Les notes jointes des évaluateurs précisent que S2 présente en jeu comme hors jeu une diminution graduelle du langage non-verbal en cours de séance, associée, avec d'autres observations, à des indices de fatigue. Son attitude dans un contexte comme dans l'autre donne l'impression qu'il joue, inspirée par plusieurs indices dénotant le plaisir.

Les *Impressions générales* des observateurs témoignent chez S2 d'une élévation pour trois concepts, contre quatre en baisse. Malgré cela, la dominante est positive avec un changement significativement adéquat pour 5 concepts, à savoir Heureux, Actif, Socialement habile,

Reconnaissant et Facile. Ce qui ressort comme un écart évident est qu'il est perçu plus actif (de 4,5 à 2,5).

c. Sujet 3

Les observations révèlent un changement à dominante positive hors du jeu (2+, 10=) et plus marqué en jeu (4+, 7=). Lorsque l'amélioration est retrouvée hors du jeu, elle l'est aussi pendant le jeu, à savoir pour la gestuelle et pour prendre le plancher. Au contraire, les améliorations pour le volume et les routines spécifiques notées en jeu ne sont pas reproduites hors du jeu.

Le changement graduel en cours de séance initiale de la gestuelle en jeu comme hors du jeu n'est pas retrouvé au final, laissant supposer une plus grande stabilité de cet élément sur une période de deux heures. La voix au final est qualifiée de moins aiguë pendant le jeu. Les notes précisent une attitude plus souple par rapport à l'humour et aux diversions de ses partenaires, signifiée par une diminution des expressions de contrariété. De plus, le comportement hors jeu au final apparaît mieux indiqué, quoique conservant une cote normale. Son attitude en jouant laisse transparaître qu'elle est maîtresse d'elle-même et concentrée sur la tâche, ce qui manifeste une amélioration par rapport au jeu moins structuré de l'évaluation initiale. La conclusion souligne l'impression d'une amélioration de la capacité d'adaptation avec réduction des pulsions agressives dirigées vers l'autre.

Les *Impressions générales* reconnaissent une amélioration pour huit concepts, contre la diminution d'un seul. Cet accroissement est décelé pour les concepts suivants: *Détendu, Heureux, Non contrôlant, Attrayant, Équilibré, Facile, Neutre* et *Socialement habile*, tandis que le décroissement est noté pour le concept *Supérieur/dominant*. Considérer la signification réelle des variations amène à conclure que *Neutre-Émotif* ne présente pas une amélioration dont la finalité soit valable (de 6,5 à 5,5), bien que la cote finale se rapproche de la mesure idéale, i.e. la moyenne en ce qui concerne ce concept. La variation négative de *Supérieur/dominant* (de 2 à 3,5) indique en fait une amélioration si on considère que ce concept est pathogène dans l'histoire de la participante. Le fait saillant de ces données tient au concept *Non contrôlant-Contrôlant* qui voit sa cote passer de 5,5 à 2. Ce changement vient appuyer celui du concept *Supérieur/dominant-Inférieur/soumis* qui révèle

une attitude générale moins empreinte du besoin de contrôle. Enfin, les cotes seraient dans le registre du fonctionnel pour tous les autres concepts.

2. Changements transversaux

Le changement dans les éléments spécifiques des habiletés sociales affiche pour les trois participants une tendance à l'amélioration lorsqu'ils sont hors du jeu, variant de 2+ à 8+. En jeu, S1 montre une diminution plus importante quand au contraire S2 et S3 présentent une amélioration générale. La variation entre l'observation initiale et finale laisse entrevoir une amélioration plus marquée en hors jeu pour S1 et S2, tandis que l'ampleur de cette variation est plus marquée pour S3 pendant le jeu. Les changements positifs chez S1 ne sont pas transférés du hors jeu vers le jeu, ce qui est, au contraire, observé chez S2 et S3.

De façon plus spécifique aux éléments eux-mêmes, il y a pour les trois clients une amélioration de la *Gestuelle* et de la capacité à *Prendre la plancher* hors du contexte de jeu. En jeu, seuls S2 et S3 démontrent une hausse de la capacité à *Prendre le plancher*. Les évaluateurs décèlent des changements chez les participants au cours d'une même séance, et plus précisément pour S1 et S2 en ce qui a trait au comportement non-verbal. Ils relatent aussi des indices qui laissent croire que S2 et S3 jouent effectivement sur scène, ce qui ne transparaît pas dans l'attitude de S1.

Les impressions générales des attitudes sociales montrent une hausse de la valeur des cotes pour S1 et S3. Toutefois, la considération significative de celles-ci indique une tendance bénéfique pour S2 et S3. Sur les concepts, tous trois donnent l'impression d'être un peu plus heureux à la seconde observation.

La figure 5 résume les résultats personnels et transversaux qui ressortent de l'activité, regroupés sous les catégories « Habiletés sociales » et « Impressions générales ».

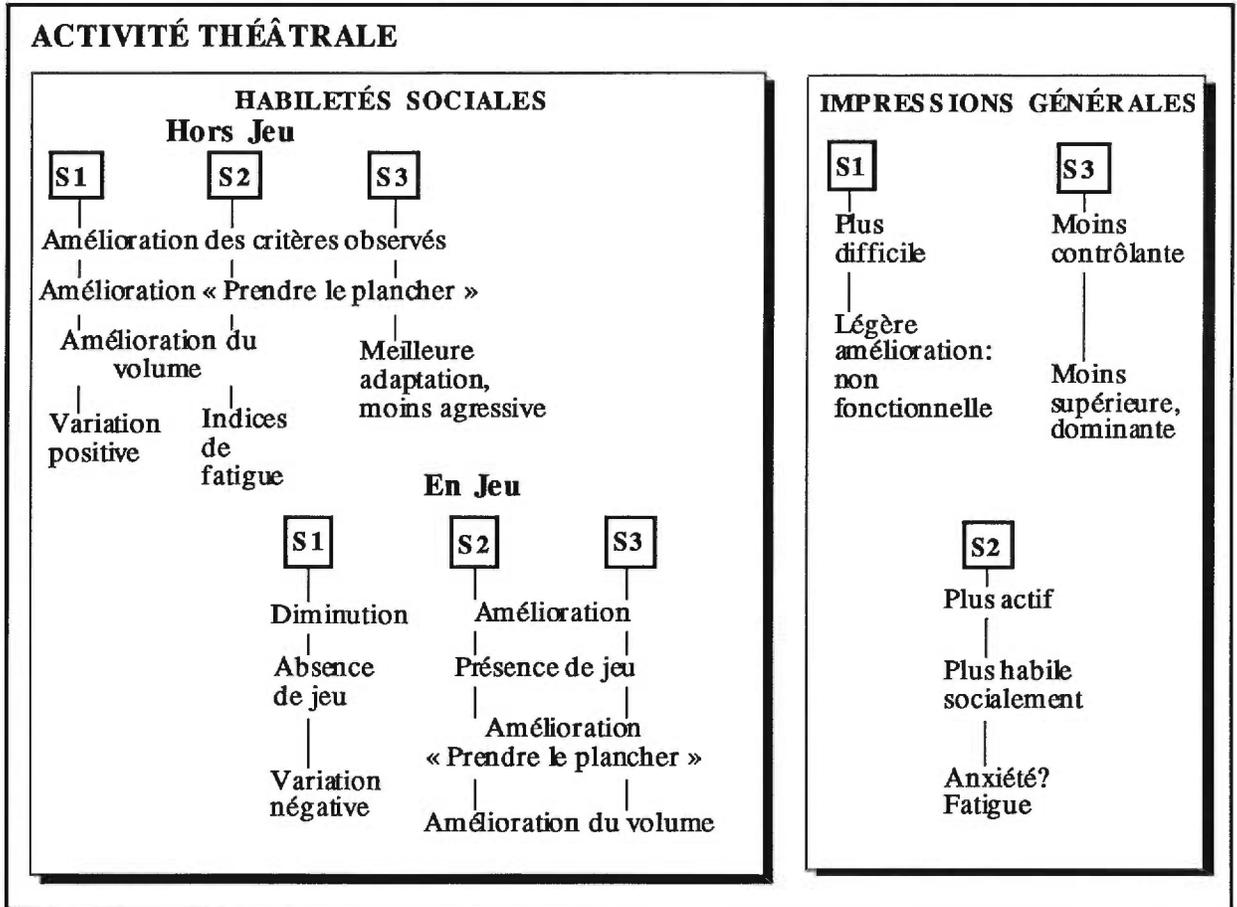


Figure 5: Organisation sommaire des données provenant du contexte de l'activité

B. Dans l'environnement

1. Changements personnels

a. Sujet 1

Par le biais de la MCRO, la personne proche de la cliente perçoit chez celle-ci une tendance à la baisse du rendement occupationnel. Elle le remarque dans la capacité d'*Avoir une occupation principale* (de 9 à 3 sur 10) et de *Se faire des amis* (de 6 à 3). Néanmoins, elle a l'impression que malgré cette diminution, elle n'en serait pas plus insatisfaite. Les autres problèmes soulevés, *Sortir plus souvent* et *Avoir une relation amoureuse*, sont demeurés presque parfaitement stables au-delà de la cote mitoyenne.

L'entrevue semi-structurée fait ressortir chez S1 une expression affective plus marquée, au désarroi des proches: « On l'a plein la figure {rire} » (final, 14)³. Leur relation est perçue comme plus difficile et ennuyante: « Ce n'est pas des rapports intéressants » (final, 89). Toutefois, il semble y avoir redéfinition des positions relatives, signifiée par un changement dans le discours. Le « petite fille » de l'entrevue initiale laisse place au final à l'appellation de jeune adolescente et de « faire une femme de toi » (final, 68). Elle se retrouve face à une adolescente révoltée selon l'impression qui ressort des verbatims. Ces propos sont accompagnés d'un désir et d'une attitude favorable à son autonomisation, développés en parallèle avec des indices de distanciation. D'ailleurs le discours sur le rôle maternel dérive d'une description protectrice à autonomiste. L'autre parent est plus présent dans les verbalisations, assurant un rôle actif avec l'interviewée dans la confrontation à la réalité.

Cette attitude d'opposition apparaît comme positive, une attitude plus valable que l'inertie; positif aussi le fait que « elle retombe plus vite sur ses deux pieds » (final, 6).

³ Les nombres désignent des unités discursives tirées de l'entrevue initiale ou finale. Ils correspondent au fractionnement du discours réalisé à l'aide du logiciel N.U.D.I.S.T.. Les verbatims des entrevues sont disponibles auprès du chercheur.

b. Sujet 2

La perception de l'amie concernant son rendement occupationnel et sa satisfaction de ce rendement, telle que documentée par la MCRO, démontre une amélioration (+1,0 et +3,5). Plus en détail, *Assumer un emploi*, malgré une élévation dans l'échelle, demeure sous la cote moyenne quant au rendement (de 1 à 3), tandis que *Suivre des cours* voit sa cote à la baisse (de 6 à 5). Autrement, il y a une nette amélioration quant au *Rapports avec les parents*, dont le rendement passe de 5 à 8 et la satisfaction de 3 à 8.

Lors de l'entrevue finale, la personne proche de S2 reconnaît une amélioration des habiletés relationnelles, observables dans les relations génériques comme dans leur relation personnelle. Les raisons motivant ce point de vue concernent la capacité d'une expression plus personnelle, « il est plus ouvert à moi. Tu sais, il se confie plus » (final, 16), une plus grande réceptivité, ainsi que la diminution du discours qualifié de désagréable. La satisfaction est encore encouragée par le partage d'activités qui se retrouvent en plus grand nombre au final et dont le caractère apparaît plus actif. Le verbatim d'entrevue révèle encore une plus grande confiance en ses capacités, confirmée par une définition plus élogieuse de sa personnalité. Enfin, la période des répétitions du rôle leur offre à tout deux une occasion appréciée de faire une activité commune, avec comme conséquence la perception d'un meilleur fonctionnement de couple.

c. Sujet 3

Globalement, la MCRO montre une amélioration du rendement (+1,0) pour une diminution de la satisfaction perçue quant à ce rendement (-0,66). La capacité de *Rendre visite à des amis, la famille*, présente une nette diminution du rendement (de 5 à 2) et de la satisfaction (de 6 à 2). *Faire le marché* marque une légère amélioration du rendement avec une légère diminution de la satisfaction, dont la synthèse demeure sous la moyenne de 5. Seule la capacité de *Négocier en cas de conflit* et la satisfaction attenante se sont améliorées (respectivement de 1 à 6 et de 4 à 7).

Le proche énonce avec plus d'évidence au final la difficulté de S3 à sortir de la maison et de rencontrer des connaissances. « C'est toujours un défi, se monter les épaules quand elle rencontre quelqu'un que ça fait longtemps qu'elle n'a pas vu pour leur montrer qu'elle n'est plus malade » (final, 60). Il évoque toutefois au passage qu'elle entre en relation notamment en invitant

des gens à aller l'entendre chanter. Le médium faciliterait ainsi l'échange et deviendrait un gage de sa santé. Il ressort de plus en général que son impulsivité est moindre, qu'elle « monte moins sur ses grands chevaux ».

Le discours donne l'impression d'une plus grande autonomie par rapport aux activités et sorties de monsieur: « Ça va bien là; asteure si moi je veux aller à une place là, elle ne veut pas venir bien ok ne viens pas (...), moi je vais y aller » (final, 87). Son besoin d'approbation demeure néanmoins stable, de la part de ce proche comme des « autres ». Du discours point une meilleure reconnaissance des habiletés, notable par leur identification et l'emploi pour ce faire de termes plus actifs, témoignant de sa capacité d'agir. Monsieur conserve toutefois une crainte de rechute, exacerbée en période de représentation devant public. Par rapport au jeu scénique, il retient une amélioration de la voix, perçue comme plus agréable.

En guise de synthèse, des changements à dominante positive dans les habiletés de communication sont reconnaissables. Leur relation paraît s'être améliorée, être plus satisfaisante pour la personne proche qui lui reconnaît d'ailleurs plus d'habiletés.

2. Changements transversaux

Les résultats de la MCRO ne permettent pas de déceler une tendance particulière. Leur intérêt se limite alors à une compréhension individuelle.

Les verbatims témoignent de changements variables d'un individu à l'autre quant aux habiletés sociales dans les relations en général, bien qu'il en ressorte plus de capacité d'échange. Les relations des personnes proches avec S2 et de S3 leur apportent plus de satisfaction. Ils leur reconnaissent aussi plus de capacités, dont celle d'agir. Au contraire pour S1, cette satisfaction et cette reconnaissance sont moindres. L'expression affective est plus remarquable chez S1 et S2, demeurant stable pour S3. Enfin, sur le thème de l'autonomie, il y pour S1 une volonté qu'elle accroisse son indépendance et l'identification chez S2 et S3 d'une amélioration à ce chapitre.

La figure 6 trace le portrait des résultats tirés de l'environnement extérieur au contexte thérapeutique. Ils sont regroupés selon les catégories « Habiletés sociales » et « Variations dans la relation ».

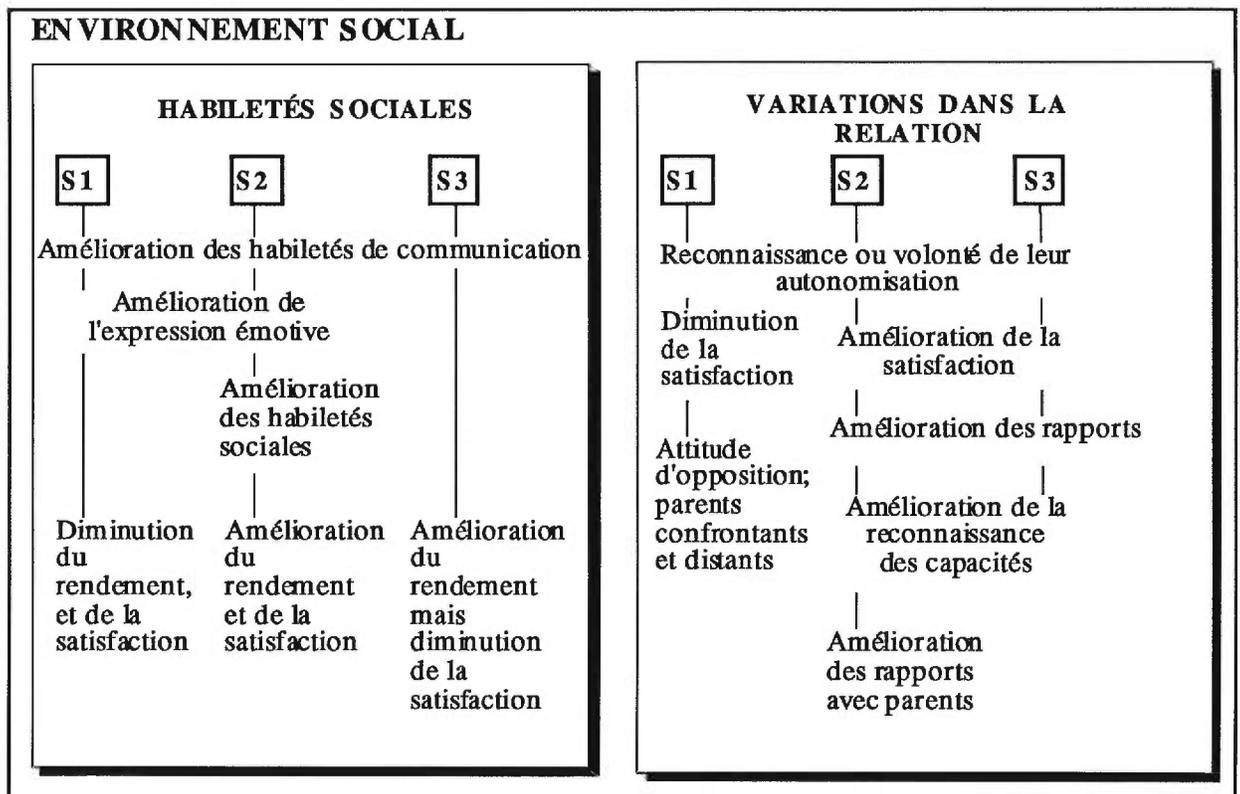


Figure 6: Organisation sommaire des données provenant de l'environnement

C. Correspondances entre les deux contextes

Afin de pouvoir constater les correspondances des changements entre le contexte thérapeutique et le contexte de l'environnement, les figures 5 et 6 sont mises en parallèle pour constituer une « méta-matrice descriptive » (Lessard-Hébert *et al.*, 1990; Miles et Huberman, 1984). La figure 7 affiche les convergences entre les deux sources de données, mettant en évidence la généralisation des caractéristiques du changement représentée par ces lignes qui traversent la zone mitoyenne de la figure.

Ce qui ressort des données est une tendance à la généralisation des habiletés sociales du milieu clinique vers le milieu de vie pour les trois participants. Il est remarquable que leur attitude envers leurs proches dénote plus d'affirmation de leur individualité, une affirmation toutefois originale pour S1 qui prend la forme d'une opposition tant dans le milieu clinique qu'auprès de la personne significative. Elle a alors un comportement plus difficile en thérapie, ne semble pas arriver à jouer, comme elle est exigeante avec ses proches qui ressentent moins de satisfaction à son contact. Pour S2 et S3, l'affirmation se manifeste déjà dans la thérapie par la permission de prendre la place que leur offre le jeu. Leur attitude est appréciée par les proches qui démontrent plus de satisfaction, de meilleurs rapports. Ceux-ci prennent forme chez S2 d'une augmentation des activités communes, tandis que la qualité des rapports avec S3 est évaluée par le proche en regard de l'accroissement de l'autonomie et de la diminution de l'attitude contrôlante, ce que les observations tirées de l'activité avaient aussi mis en évidence.

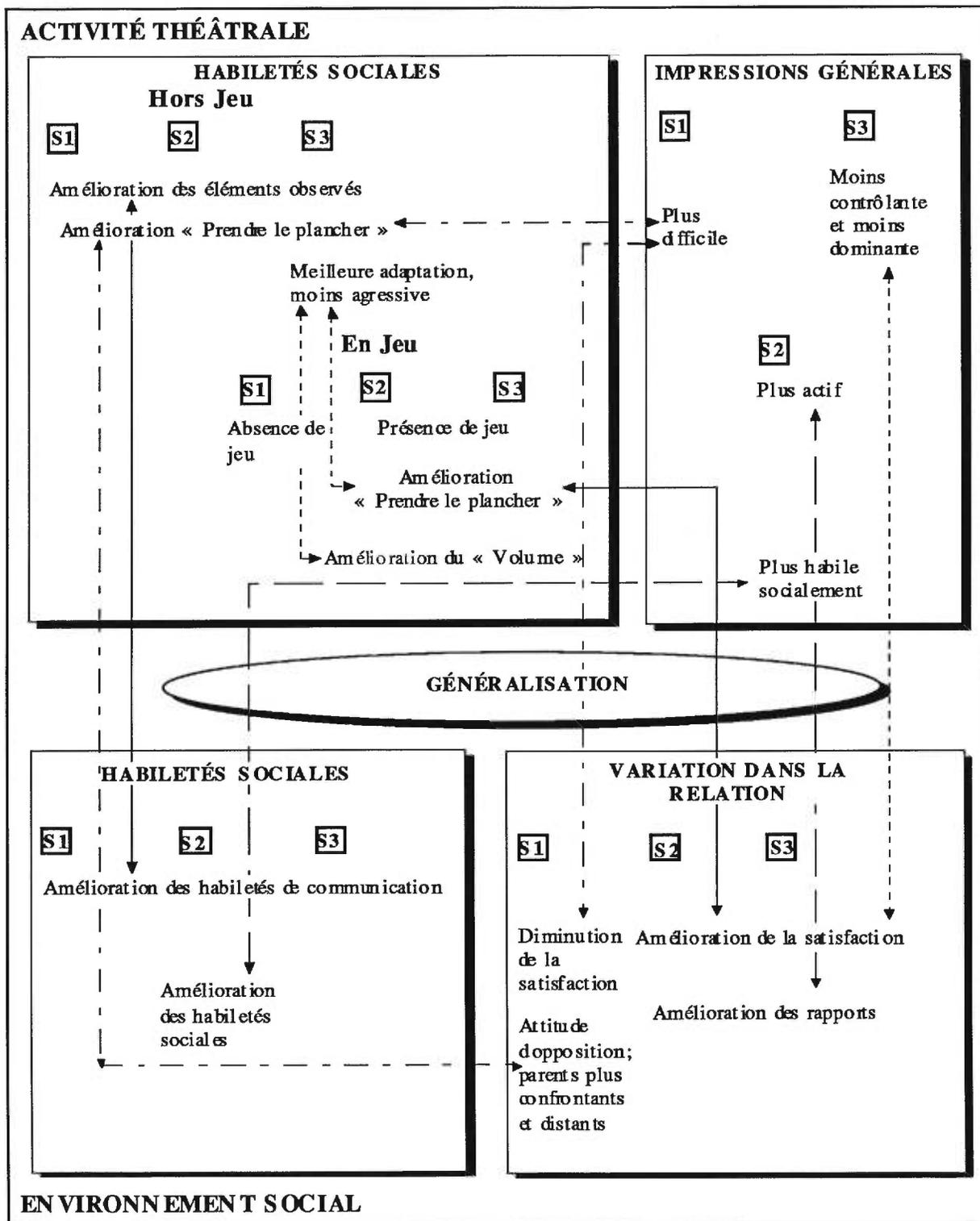


Figure 7: Similitudes et correspondances entre les données provenant de l'activité théâtrale et de l'environnement social. Correspondance des traits:

_____ 2 ou 3 sujets - - - - - S2
 - - - - - S1 - - - - - S3

Discussion

Les résultats tendent à confirmer la valeur de cette thérapie à court terme, à l'instar des études de Rodriguez et Troll (1990) et de Nitsun *et al.* (1974). Spécifiquement, les données permettent de croire en la généralisation des habiletés dans la vie quotidienne. Il y a en effet généralisation lorsque des comportements molaires non spécifiquement travaillés en thérapie s'observent dans un contexte naturel.

En plus du transfert des habiletés sociales, il y aurait aussi provenant des proches des indices d'une plus grande affirmation de soi. Cette notion réfère pour S2 et S3 à la capacité de s'affirmer sur scène, de se permettre de prendre le plancher, d'agir dans un mode plus personnel dans leur relation significative, de parler plus de soi pour S2 ou de le faire avec moins d'impulsivité pour S3. Chez S1, l'affirmation d'opposition aux parents se manifeste aussi face aux éléments du cadre de la thérapie, à savoir le clinicien et le rituel théâtral. En regard du discours de la personne significative interviewée, il est possible de mettre en rapport cette attitude avec le passage vers la vie « adulte », par le biais d'une crise contre le contrôle extérieur, avec comme conséquence une difficulté à se plier aux règles de jeu. En même temps, elle arrive mieux à « retomber sur ses deux pieds ». Au contraire, S2 et S3 pouvaient se permettre le jeu sérieux, pour lequel les pulsions alors sublimées n'avaient plus à risquer d'être déversées sur leur proche.

Tenter une explication suggère de se concentrer sur ce qui diffère entre l'expérience de S1 et celle des autres participants, à savoir le jeu, la capacité de jouer apparemment impossible pour S1. Développer une habileté interpersonnelle en jouant et libérer par le fait même des pulsions handicapantes faciliterait l'emploi de cette habileté dans d'autres contextes, comme ce fut le cas pour S2 et S3. Le jeu théâtral pourrait ainsi avoir un effet bénéfique comparable à la valeur du jeu dans le développement de l'enfant, un rapprochement évoqué déjà par Nuetzel (1995). Mais ce ne fut pas possible pour S1. Considérant la dynamique de la relation avec ses parents et l'importance du cadre au théâtre, elle ne pouvait probablement pas jouer si elle vivait une remise en question de la confiance dans la figure parentale. Les parents se fatiguent car elle s'oppose, est plus difficile, ce qui est aussi noté dans les *Impressions générales* des évaluateurs. Elle est donc aussi plus difficile aux yeux du clinicien qui peut avoir comme réponse un certain désinvestissement, comme le vivent d'ailleurs les parents.

L'évolution de son état peut être mise en corrélation avec le risque inhérent à l'action précisé par Fidler et Fidler (1978), où l'individu peut être confronté à son incompetence quant au contrôle sur soi et sur l'environnement. Ainsi, bien que son investissement dans l'activité paraît avoir été favorable au développement du moi, il aurait éveillé un sentiment dépréciatif de valeur personnelle.

L'âge des participants indique que S2 (36 ans) est au seuil de la seconde phase propice à la création, tandis que S3 (59 ans) entre dans la troisième phase, des moments décrits par Anzieu (1981). Leur condition aurait été favorable à l'exercice créateur, le premier employant la vie de sa création pour remplacer celle qui fuit, confronté à l'inévitable de sa mort, pour se dégager de la position dépressive. La troisième crise se déclare à l'approche de la soixantième année. Ce moment présente un gonflement du clivage entre la pulsion de mort déniée et la pulsion de vie libérée, en définitive la croyance en son immortalité. D'autre part, S1 (23 ans) aurait dépassé le cap de la première phase, avec comme conséquence l'éveil d'affects dépressifs par absence d'investissement créatif productif. En effet, précise toujours Anzieu, entre 18 et 21 ans le sujet crée pour sortir de la position paranoïde-schizoïde, dans un moment où la vie et l'autre lui font violence. Il est tenté alors de demeurer un enfant, de devenir malade, de se donner la mort ou de tout détruire. Le travail de la création fait en sorte que l'appareil psychique se dégage de la position persécutive pour accéder à un retrait protecteur ou à une projection cathartique du mal intérieur dans le monde. La jeunesse clive les pulsions de vie (l'objet intériorisé est idéalisé) et les pulsions de mort (qui sont projetées). Bref, elle permet de se retirer en se protégeant de l'autre, et de se débarrasser du mauvais en soi dans « l'oeuvre-poubelle ». En partant de l'analyse d'Anzieu à propos de la survenue possible de crises créatrices à tout moment de la vie, et considérant les limitations probables du développement psychosocial induites par la maladie dès la fin de l'adolescence, il apparaît d'autant plus favorable d'employer la création dramatique avec une clientèle de jeunes adultes. Ce serait ainsi une indication de traitement pour S1 de poursuivre ce type de thérapie.

Après cette expérience, S1 ne désirait pas se réinvestir dans l'activité théâtrale ni dans les autres activités employant des médiums expressifs, demandant plutôt au clinicien un accompagnement structuré en regard de sa formation académique. Elle sollicitait à sa manière un cadre plus rigide, mais dont la finalité contribue directement à l'avancement socialement reconnu. Elle demandait aussi de ne pas être encore si durement éprouvée par une expérience qu'elle a trouvée agréable, mais qui l'a obligée à jouer texte en main. Elle avait eu de la difficulté à se distancier d'un de ses

rôles, n'y retrouvant probablement pas une valorisation suffisante, avec comme conséquence un ébranlement du narcissisme. Quant à S2, il commençait une formation en informatique dès le printemps 1997. S3 commençait cet été-là à offrir des récitals devant de larges assemblées.

L'application qui fut présentée aux clients contenait des lacunes, si on en croit les impressions après coup du chercheur et certaines indications des écrits consultés. Le programme était trop long, à cause du choix d'un texte volumineux malgré une adaptation considérable. Il convenait pourtant adéquatement aux participants ayant de meilleurs mécanismes d'adaptation, bien que cette ampleur n'était pas nécessaire. Les expériences passées laissent envisager qu'une production de 30 à 40 minutes présente un bon rapport entre les efforts et les effets thérapeutiques. La présence d'un seul clinicien, qui se trouve à porter et la charge de l'évolution du traitement et la charge de l'évolution de l'activité, a tout probablement pour conséquence de réduire l'efficacité de la thérapie. La conduite du déroulement peut avantageusement se calquer sur la proposition de Wekwerth (1971), comme le démontre une thérapie réalisée depuis cette étude et dont les conclusions furent bénéfiques notamment par l'expression de la préférence des clients. Rappelons qu'il favorise une mise en place de l'ensemble de la pièce suivie de la mise en scène des détails. Il est alors possible de réaliser plus rapidement des enchaînements, une source de motivation pour les acteurs.

La conduite de la recherche démontre des limites pour la crédibilité de ses résultats, donc tend à réduire sa transférabilité à d'autres situations comparables. D'abord, le chercheur est aussi clinicien et il connaissait les participants. Cette double tâche a l'avantage de réduire l'impression chez les participants d'être étudiés, se rapprochant optimalement de la conduite normale d'une thérapie, et d'amorcer une recherche avec une foule considérable de données sur les clients, favorisant ainsi une comparaison constante avec les nouvelles données nées de la collecte plus structurée. Le désavantage principal consiste pour le clinicien-chercheur dans l'obligation d'être constamment attentif à ses préconceptions et à sa réponse de contre-transfert. Cette dimension fut optimalement contrée par la participation de deux experts extérieurs au contexte thérapeutique pendant tout le processus de la recherche. Le recours à un proche éveille de même des interrogations quant à la fidélité des propos enregistrés. La réflexion qui a gouverné ce choix a amené les chercheurs à privilégier la subjectivité plutôt que l'objectivité. Cette subjectivité représente en fait au mieux la réalité quotidienne, car elle influence réellement les conditions de ces contacts sociaux et donc la qualité de vie des clients.

Conclusion

Le souci premier de cette étude sur le potentiel thérapeutique du théâtre dans la réadaptation des habiletés sociales était qu'elle puisse être reproduite dans des conditions comparables en ayant une idée des résultats à espérer. De fait, l'emploi thérapeutique du jeu théâtral, une activité artistique significative pour les clients, offre une expérience complète qui favorise la généralisation des acquis sociaux à court terme auprès des proches.

Cette recherche exploratoire tend à démontrer la nécessité de préserver dans nos programmes de réadaptation psychosociale les activités qui permettent le jeu et l'acte créateur. Cela s'inscrit directement dans les fondements philosophiques des définitions de cette réadaptation, même si l'intervention ne se base pas sur un entraînement direct aux habiletés déficitaires. Considérer la personne dans son ensemble suppose de considérer aussi et surtout ce qui est profondément significatif pour l'être humain, entre l'occupation et la création, entre la motivation et le jeu. Le théâtre propose risque, défi et angoisse, qui sont, eux, naturels et normaux et qui offrent l'occasion à la personne de devenir un autre, un dieu au sens de Robert Lepage, et d'être là reconnu socialement. Il s'avère donc important de favoriser la combinaison d'un entraînement psychoéducatif avec une intervention médiatisée par l'activité, vu les résultats reconnus de l'un dans des apprentissages précis et la reconnaissance de l'autre dans la mise en branle de mécanismes profonds qui présentent des failles chez le client psychotique, et dont la réparation favoriserait la durabilité et la généralisation des acquis dans l'ensemble des situations sociales.

Des études subséquentes pourraient documenter plus avant la généralisation des acquis sociaux, les mécanismes du théâtre qui les induisent, ou plus encore les incidences lors de l'emploi d'autres types d'arts de représentation. Ces études contribueraient à mieux comprendre la valeur de la création pour les personnes psychotiques. La création paraît importante pour la réadaptation. Peut-être propose-t-elle à la personne psychotique de pouvoir se constituer une impression, une conception personnelle et libre du rapport à l'autre, avec ses motivations et modes d'échanges, au-delà d'une compréhension intellectualisée du monde relationnel.

Références bibliographiques

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996) DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: édition Masson
- ANZIEU, D. (1981) Le corps de l'oeuvre: essais psychanalytiques sur le travail créateur. Paris: Gallimard, coll. Connaissance de l'inconscient
- ARTAUD, A. (1964) Le théâtre et son double, suivi de Le théâtre de Séraphin. Paris: Gallimard, coll. Idées
- ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES et SANTÉ CANADA (1993a) Lignes directrices pour une pratique en santé mentale de l'ergothérapie centrée sur le client. Ottawa, ON: Association canadienne des ergothérapeutes et Santé Canada et Approvisionnement et services Canada
- ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES (1997) Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie. Ottawa, Ontario: CAOT/L'ACE Publications
- ATTIGUI, P. (1993a) De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique: jeu, transfert et psychose. Paris: éd. Denoël, coll. L'espace analytique
- ATTIGUI, P. (1993b) Théâtre du réel. L'évolution psychiatrique, 58, 303-310
- BANDURA, A. (1986) Social foundations of thought. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- BARRIS, R., KIELHOFNER, G., WATTS, J.H. (1988) Occupational therapy in psychosocial practice. Thorofare, NJ: Slack inc.
- BONDER, B.R. (1992) Issues in assessment of psychosocial components of function. The american journal of occupational therapy, 47, 211-216

BONDER, B.R. (1995) Psychopathology and function (2ème éd.). Thorofare, NJ: Slack inc.

BOUCHARD, D., GIRARD, R., LEGAULT, R., VINCENT, J. (1991) La déprime. Montréal: VLB
Éditeur

BOUCHER, M.D. (1996) Au-delà des mots: étude pratique de diverses techniques vocales et corporelles dans le but de développer un langage vocal et gestuel personnel et d'analyser son incidence sur la construction du personnage. Thèse de maîtrise inédite, Université du Québec à Montréal

BRADY, J. P. (1984) Social skills training for psychiatric patients, 1: concepts, methods and clinical results. American journal of psychiatry, 141, 333-340

BRAIS, M. (1996) L'accompagnement d'acteur: une approche pratique axée sur la dynamique personne/personnage. Thèse de maîtrise inédite, Université du Québec à Montréal

BRECHT, B. (1978) Petit organon pour le théâtre, suivi de Additifs au Petit organon (3ème édition). Paris: L'Arche, coll. Travaux 4

BROOK, P. (1977) L'espace vide: écrits sur le théâtre. Paris: Éditions du Seuil

BROUSTRA, J. (1987) Expression et psychose: ateliers thérapeutiques d'expression. Paris: Éditions ESF, coll. Psychothérapies, méthodes et cas

BROUSTRA, J. (1996) L'expression: psychothérapie et psychose. Paris: Éditions ESF

BRUCE, M.A., BORG, B. (1993) Psychosocial occupational therapy: frames of reference for intervention (2ème éd.). Thorofare, NJ: Slack inc.

CENTRE DE JOUR NIVERVILLE (1992) Étude sur la clientèle fréquentant le Centre. Document inédit, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

- CHAREST, R. (1995) Robert Lepage: quelques zones de liberté. Québec: éditions de L'instant même, Ex Machina
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J.-L., BOYLE, P. (1990) Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer. Montréal: Presses de l'Université de Montréal
- DARS, E., BENOÎT, J.C. (1973) L'expression scénique: art dramatique et psychothérapie (2ème éd.). Paris: éd. ESF, coll. des Sc. Humaines Appliquées
- DESLAURIERS, J.-P. (1991) Recherche qualitative: guide pratique. Montréal: éd. Mc Graw-Hill, coll. Thema
- DONAHOE, C.P., DRIESENKA, S.A. (1988) A review of social skills training with chronic mental patients. Progress in behavior modification, 23, 131-164
- DUBAR, M. (1980) La relation théâtrale. Paris: Presses Universitaires de Lille
- EKMAN, P., SCHERER, K.R. (1985) Handbook of methods in nonverbal behavior research. New-York, NY: Cambridge university press, coll. Studies in emotion and social interaction
- FALK-KESSLER, J., MOMICH, M., PEREL, S. (1991) Therapeutic factors in occupational therapy groups. The american journal of occupational therapy, 45, 59-66
- FIDLER, G.S., FIDLER, J.W. (1978) Doing and becoming: Purposeful action and self-actualization. The american journal of occupational therapy, 32, 305-310
- FREY, S., HIRSBRUNNER, H.P., JORNS, V. (1982) Time-series notation: a coding principle for the unified assessment of speech and movement in communication research, in E.W.B. Hess-Lüttich, Multimedial communication. vol 1: semiotic problems of its notation. Gunter Narr Verlag Tübingen

- GILLIBERT, J. (1987) Ça n'est plus ça: notes cliniques et métapsychologiques sur l'autre théâtre de l'être. Lyon: Césura Lyon Édition
- GILLIBERT, J. (1990) Folie et création. Paris : éd. du Champ Vallon, coll. L'or d'Atalante
- GRAY, K.W. (1997) Expressive therapy alternatives: an open letter to my colleagues. Continuum, 4, 113-118
- GROTOWSKI, J. (1971) Vers un théâtre pauvre. Lausanne: Éditions L'Âge d'Homme
- HALFORD, W. K., HAYES, R. (1991) Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. Clinical psychology review, 11, 23-44
- HAYES, R. (1989) Occupational therapy in the treatment of schizophrenia. Occupational therapy in mental health, 9, 51-68
- HAYES, R. L., HALFORD, W. K. (1993) Generalization of occupational therapy effects in psychiatric rehabilitation. The american journal of occupational therapy, 47, 161-167
- HAYES, R. L., HALFORD, W. K., VARGHESE, F. N. (1991) Generalization of the effects of activity therapy and social skills training on the social behavior of low functioning schizophrenic patients. Occupational therapy in mental health, 11, 3-20
- HELLY, P. (1994) Une troupe de théâtre à l'hôpital. Soins psychiatrie, 162, 34-36
- HENKING, R. (1990) Les sept vérités de Jacob ou « l'ordre psychotique des choses ». Revue Médicale de la Suisse Romande, 110, 21-26
- JOHNSON, D. (1982) Principles and techniques of dramatherapy. The arts in psychotherapy, 9, 83-90.

- JOLIVET, B. (1994) Quelle est la place de la réadaptation dans la prise en charge à long terme des psychoses schizophréniques?, *in* Fédération française de psychiatrie et union nationale des amis et familles de malades mentaux: Conférence de consensus: stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques. textes des experts. (pp.371-380). Paris: Éditions Frison-Roche
- KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. (1992) Manuel de psychiatrie clinique. Paris: éd. Maloine
- KESTEMBERG, E., JEAMMET, P. (1987) Le psychodrame psychanalytique. Paris: P.U.F., coll. Que sais-je?
- LALONDE, P., BORGEAT, F. (1988) Schizophrénie, *in* P. Lalonde et F. Grunberg, Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale (pp.340-374). Montréal: Gaëtan Morin éditeur
- LANDY, R. (1983) The use of distancing in dramatherapy. The arts in psychotherapy, 10, 175-185
- LANDY, R. (1990) The concept of role in dramatherapy. The arts in psychotherapy, 17, 225-230
- LAPERRIÈRE, A. (1993) Les critères de scientificité des méthodes qualitatives, *in* Les méthodes qualitatives en recherche sociale: problématique et enjeux (pp.45-66). Actes du colloque du conseil québécois de la recherche sociale, Rimouski
- LAPOINTE, C. (1990) André Brassard: stratégies de mise en scène (essai). Outremont: VLB Éditeur
- LAW, M., BAPTISTE, S., CARSWELL-OPZOOMER, A., MCCOLL, M.A., POLATAJKO, H., POLLOCK, N. (1991) La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. Toronto: CAOT publications ACE
- LAW, M., POLATAJKO, H., CARSWELL, A., BAPTISTE, S., MCCOLL, M. (1994) The canadian occupational performance measure: results of pilot testing. Revue canadienne d'ergothérapie, 61, 191-197

- LEARY, S. (1994) Activities for personal growth: a comprehensive handbook of activities for therapists. Artarmon, Australie: MacLennan et Petly Pty
- LESSARD-HÉBERT, M., GOYETTE, G., BOUTIN, G. (1990) Recherche qualitative: fondements et pratiques. Montréal: Éditions agence d'Arc
- MICHAUD, G. (1984) De psychanalyse et de théâtre: trois histoires de cas. Jeu, 33, 81-104
- MILES, M.B., HUBERMAN, A.M. (1984) Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods. Beverly Hills, CA: Sage Publications
- MUCCHIELLI, R. (1991) L'observation psychologique et psychosociologique, 4ème édition. Paris: ESF éditeur, coll. Formation permanente en sciences humaines
- NITSUN, M., STAPLETON, J.H., BENDER, M.P. (1974) Movement and dramatherapy with long-stay schizophrenics. British journal of medical psychology, 47, 101-119
- NUETZEL, E.J. (1995) Unconscious phenomena in the process of theater: preliminary hypotheses. Psychoanalytic Quarterly, LXIV, 345-352
- PAVIS, P. (1987) Dictionnaire du théâtre. Paris: Messidor, Éditions sociales
- PELOSSE, J.L. (1986) Contribution à l'étude des usages corporels traditionnels: éléments d'analyse des comportements moteurs socialisés en ethnologie. Geste et image, 6-7, 107-137
- Q.S.R., Qualitative Solutions and Research Pty Ltd (1995) Workshop manual for Q.S.R. qualitative data analysis software. Melbourne, Australia: Sage Publishing distributors
- REBEIRO, K.L. (1998) Occupation-as-means to mental health: a review of the literature, and a call for research. Canadian journal of occupational therapy, 65, 12-19

- RICHARD, H. (1993) Remarques psychanalytiques sur le jeu du comédien. Jeu, 68, 110-118
- RODRIGUEZ, J., TROLL, G. (1990) Expérimentation en art-thérapie. Soins psychiatrie, 118, 29-34
- RODRIGUEZ, J., TROLL, G. (1995) L'art-thérapie: pratiques, techniques et concepts: manuel alphabétique. Paris: Cursus, Ellébore
- SANFORD, J., LAW, M., SWANSON, L., GUYATT, G. (1994) Assessing clinically important change as an outcome of rehabilitation in older adults. Communication présentée au congrès de l'American society on aging, San Francisco
- SNIDER, J.G., OSGOOD, C.E. (1969) Semantic differential techniques: a sourcebook. Chicago: Aldine
- SOUILLAC, M., ALLILAIRE, J.-F., VINCO, M. (1992) Expression scénique, 4 ans d'expérience en unité de jour à séjour limité. Annales médico-psychologiques, 150, 29-34
- STANISLAVSKI, C. (1979) La formation de l'acteur. Paris: Petite Bibliothèque Payot
- TESCH, R. (1990) Qualitative research: analysis types and software tools. London, GB: The Falmer Press
- TESSIER, L., CLÉMENT, M. (1992) La réadaptation psychosociale en psychiatrie: défis des années 90. Montréal: Gaëtan Morin éd.
- THORET, Y. (1993) La théâtralité : étude freudienne. Paris : éd. Dunod, coll. Psychismes
- THORET, Y. ATTIGUI, P. (1994) La médiation artistique par le théâtre. Soins - psychiatrie, 162, 29-33

- TOOMEY, M., NICHOLSON, D., CARSWELL, A. (1995) The clinical utility of the canadian occupational performance measure. Canadian journal of occupational therapy, 62, 242-249
- TREMBLAY, L.F. (1992) Évaluation de la compétence sociale de personnes souffrant de troubles mentaux graves: études de validation sociale. Montréal: Centre de recherche Institut Philippe-Pinel
- TROWER, P., BRYANT, B., ARGYLE, M. (1978) Social skills and mental health. London: Methuen
- VANDAL, G., LEAHEY, D. (1995) Vers une conception thérapeutique de la relation médiatisée par l'activité artistique. Revue québécoise d'ergothérapie, 4, 138-144
- VILLIERS, A. (1946) La psychologie du comédien. Paris : éd. O. Lieutier
- VOYER, J. (1988) Malade chronique, in P. Lalonde et F. Grunberg, Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale (pp.752-768). Montréal: Gaëtan Morin éditeur
- WEKWERTH, M. (1971) La mise en scène dans le théâtre d'amateur. Paris: éd. L'Arche, coll. Travaux 13
- WINNICOTT, D.W. (1975) Jeu et réalité. Paris : Gallimard, N.R.F.

Chapitre 6 - La perception des sujets de leurs habiletés sociales

Après avoir apprécié des observations et commentaires provenant de sources extérieures aux sujets, ce chapitre aborde la perception que les sujets ont de leurs propres habiletés sociales. Le choix de ce point de vue permet de présenter un tableau plus complet de la perception du changement en faisant le pendant avec les données des informateurs externes. Pour ce faire, une analyse brève offre une description sommaire des changements de la perception de soi entre le début et la fin du programme thérapeutique.

Les données sont recueillies grâce à deux techniques: une entrevue semi-structurée et l'administration de la « Mesure canadienne du rendement occupationnel ». L'analyse s'effectue par synthèses successives du matériel pour chaque individu, jusqu'à une synthèse générale. Ces résumés sont ensuite comparés avec ceux des autres participants pour en extraire les unités significatives propres aux trois participants, réalisant ainsi une analyse transversale. Les résultats sont présentés et suivis par une discussion sur ce volet.

Collecte des données

A. L'entrevue semi-structurée du sujet

Les entrevues sont menées par le chercheur et durent environ 50 minutes. Elles ont lieu au début du programme et suite à la représentation. Les questions du guide se regroupent en cinq rubriques: histoire personnelle, état psychologique, besoins, activité théâtrale et rapports avec le milieu social. Ce survol global fournit un observatoire idéal pour apprécier le changement dans la perception de soi, dont le changement dans la perception des habiletés sociales. Les verbalisations sont enregistrées sur bande sonore, puis retranscrites. Le transcripteur, une personne extérieure à l'étude, a reçu des indications écrites stipulant des règles pour une reproduction fidèle du discours.

B. La « Mesure canadienne du rendement occupationnel » remplie par le sujet

Cet outil de l'Association canadienne des ergothérapeutes est décrit en détail dans le chapitre précédent sur les changements perçus par les observateurs extérieurs, en page 77. Il est administré par le chercheur dans la même rencontre que l'entrevue semi-structurée.

Analyse des sources de données

L'analyse des données s'effectue selon la méthode déjà décrite de Miles et Huberman (1984), par cycles successifs. La figure 8 représente ces cycles. Le changement pour chaque sujet est d'abord apprécié, puis les changements comparables aux trois individus, l'analyse dite « transversale ».

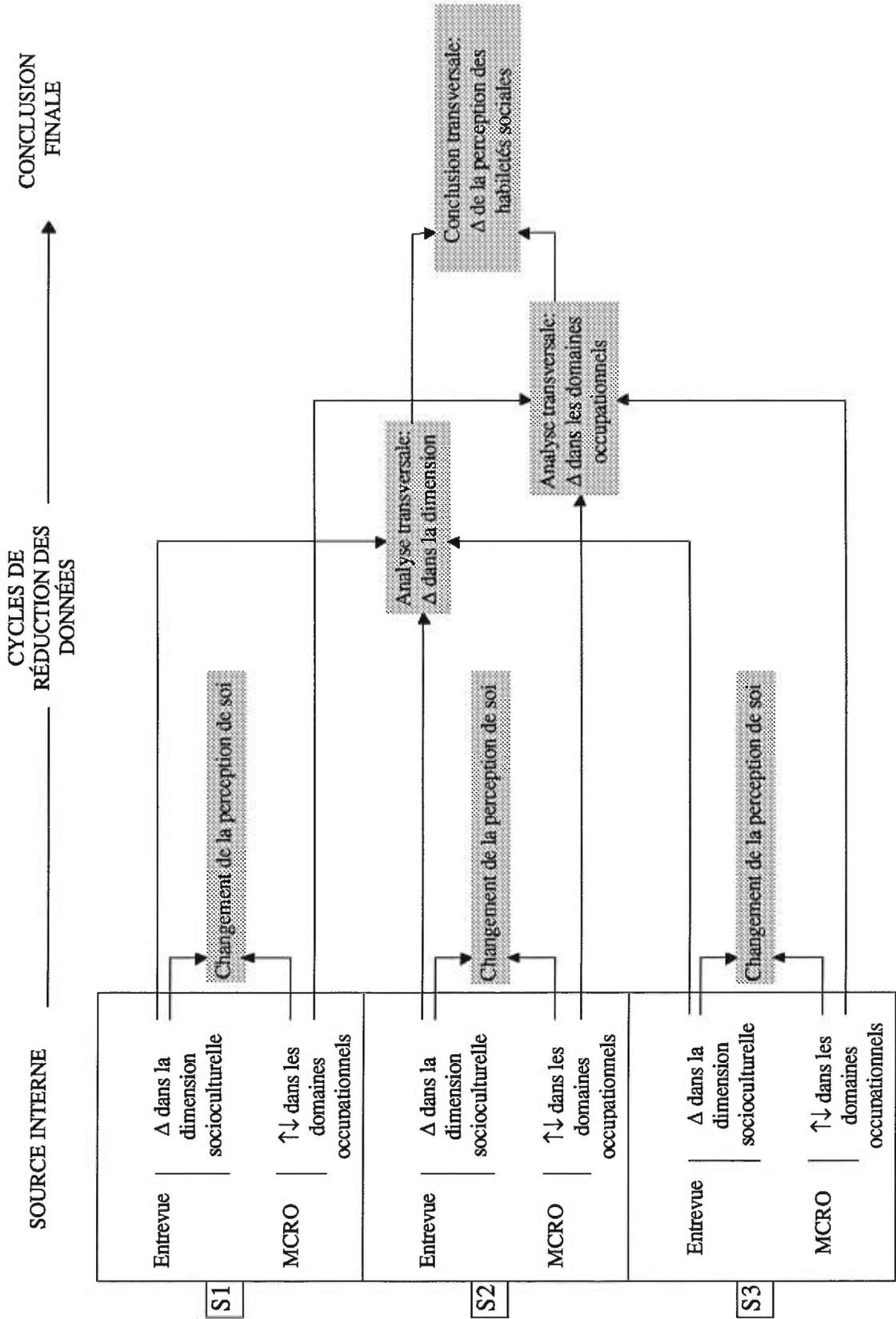


Figure 8: Cycles d'analyse pour la réduction successive des données provenant du sujet. Légende des symboles: Δ = variation; $\uparrow\downarrow$ = amélioration/diminution

A. L'entrevue semi-structurée du sujet

La codification initiale des données provenant des entrevues des sujets fut aussi réalisée à l'aide des catégories inspirées par le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et inscrites sous l'appellation « Profil de rendement occupationnel fondé sur le modèle de rendement occupationnel » (ACE, 1993a). Le matériel fut réparti selon qu'il décrivait les dimensions ou les domaines du rendement occupationnel, séparant ainsi d'une part la perception générale de soi et d'autre part la perception du rendement occupationnel. De plus, seul le matériel se retrouvant dans les catégories relatives à l'aspect des interactions sociales est conservé pour analyse. Ces catégories sont versées à l'annexe B. Le processus de réduction demeure identique à celui décrit dans le chapitre précédent, à savoir qu'il s'effectue en trois étapes de réduction, jusqu'à la production d'un sommaire qui qualifie le changement par personne puis par catégorie, l'analyse individuelle puis transversale, dont la présentation se résume à quelques pages. Les tableaux de cette analyse successive sont versés à l'annexe E.

B. La « Mesure canadienne du rendement occupationnel » remplie par le sujet

La variation offerte par la moyenne des cotes entre l'évaluation finale et initiale donne la tendance des changements de la perception du rendement occupationnel et de la satisfaction associée à ce rendement, en regard de problèmes occupationnels identifiés par le client. L'analyse porte exclusivement sur les domaines dont l'aspect social est notable, à savoir « Socialisation », et « Vie communautaire ». Elle se concentre d'abord sur l'évolution de chaque personne, puis de façon transversale sur les changements retrouvés chez les trois sujets en regard des domaines du rendement occupationnel. Le tableau XIV, présenté à l'annexe E, regroupe l'ensemble des cotations des sujets.

Résultats

La présentation des résultats débute par la perception des habiletés sociales telle que démontrée dans les verbatims d'entrevue, pour chaque sujet puis de façon transversale. Elle se poursuit avec la perception du rendement occupationnel, documenté par les réponses à la MCRO et les passages propices des verbatims sur les domaines du rendement..

A. La perception de soi

1. Sujet 1

Les verbalisations dénotent une augmentation de l'inconfort en situation d'interrelation. Le sujet présente toutefois plus d'autocritique dans les attitudes d'échange avec les parents. Il y a expression paradoxale d'un besoin d'individuation et d'un besoin de rapprochement par rapport à eux. Concernant l'amitié, sa place dans l'existence n'apparaît pas définie. Bien que le désir d'un ami masculin ne soit plus énoncé au final, elle exprime de l'intérêt pour un membre du groupe de théâtre. Enfin, le rapport avec le clinicien change en cours de programme, n'étant plus cité à la fin comme une ressource de support.

2. Sujet 2

Il montre une conscience plus critique de ses rapports aux autres, avec augmentation de la satisfaction des relations avec les proches, perçus comme reconnaissant mieux ses compétences. Les énonciations d'activités avec le père s'accroissent en cours de programme, laissant transparaître une réparation affective avec ce dernier. Le rapprochement est aussi décelable par rapport à son amie grâce au partage d'une activité commune, l'aide à l'apprentissage du texte, et à l'appréciation qu'exprime cette amie concernant sa réussite en tant qu'acteur. Il y a augmentation des marques d'affection envers le thérapeute du groupe.

3. Sujet 3

La relation avec les proches est qualifiée de plus satisfaisante, facilitée par une attitude plus souple de la cliente et l'impression qu'ils reconnaissent ses habiletés. Des relations amicales ne sont énoncées qu'au sein du groupe de théâtre. Le rapport avec les thérapeutes évolue de la dépendance à l'utilisation de ses propres ressources.

4. Synthèse transversale

Afin de pouvoir constater le changement de la perception de soi en fonction des dimensions du rendement occupationnel, de façon à donner une image la plus claire possible, une « liste de contrôle matriciel » (Miles et Huberman, 1984) signifiant l'amélioration (↑), la stabilité (→) ou la diminution (↓) est reproduite dans l'annexe E, au tableau XIII. Les changements communs aux trois individus surviennent dans l'amélioration de la satisfaction des rapports familiaux, de même qu'au développement de relations significatives au sein du groupe, bien qu'aucun ne démontre un changement dans les relations hors du groupe.

B. Perception du rendement occupationnel

1. Sujet 1

La variation ressortie de la MCRO à propos du domaine « Socialisation », ce qui représente un problème soulevé sur cinq par le sujet, montre la perception d'un changement positif du rendement (de 7 à 9) et de la satisfaction (de 6 à 9). L'activité jugée difficile concerne les visites aux amis.

Les verbalisations tirées de l'entrevue semi-structurée sont insuffisantes pour émettre d'autres constatations sur le changement, positif comme négatif.

2. Sujet 2

Les données décèlent une augmentation significative à propos d'une activité reconnue problématique par le sujet dans le domaine « Socialisation », c'est à dire les rapports avec les parents. Le rendement passe de 3 à 7 et la satisfaction de 3 à 6, tous deux s'élevant au-dessus du point médian.

À l'entrevue finale, le changement perçu dans les habiletés sociales apparaît le plus évident en regard de son profil occupationnel. Il évoque le souhait répété d'entreprendre des activités qui se réalisent hors du domicile et demandent des situations où il y a interactions sociales. Ceci diffère des commentaires de l'entrevue initiale où la description des activités et les intérêts en ce sens montrent une dominante d'occupations solitaires, au sein du lieu de vie.

3. Sujet 3

Les variations du rendement et de la satisfaction s'apprécient chez ce sujet dans quatre problèmes de rendement occupationnel, dont trois touchent à la vie communautaire et un à la socialisation: gérer le budget avec son époux, prendre des rendez-vous, entrer dans des endroits publics et négocier dans le but de résoudre des problèmes. Les cotations perçues montrent des améliorations tant pour le rendement que la satisfaction. De plus, les cotes finales se situent entre 8 et 10, alors qu'elles oscillaient entre 4 et 6 lors de l'entrevue initiale d'évaluation.

Les évocations tirées des entrevues sur le rendement occupationnel mettent en évidence la transformation du rapport à l'autorité, avec comme conséquence plus d'autonomie par rapport aux thérapeutes. Le contact avec «l'extérieur» semble être facilité en fin de thérapie.

4. Synthèse transversale

La tendance du changement est positive pour les trois sujets en ce qui a trait au rendement comme à la satisfaction de celui-ci. Il est alors possible de constater une tendance à l'amélioration de la

perception du rendement occupationnel en ce qui a trait à des occupations dont la dimension sociale est importante.

Discussion

La façon qu'a S1 de décrire ses interrelations montre plus de nuances quant à l'intérêt et la qualité de celles-ci. Les verbalisations peuvent être distinguées selon qu'elles portent sur les parents ou les amis. Le discours à propos des parents évoque en fin de traitement un paradoxe, entre le besoin de rapprochement et le besoin d'individuation envers eux. Il laisse supposer une période de changement ou du moins d'évaluation de son rôle filial, un aspect plutôt fixé en début de session. Cette remise en question est accompagnée de verbalisations autocritiques sur les rapports avec les proches, où il y a exacerbation de la prise de conscience. Les relations amicales éveillent d'une part plus d'intérêt, mais dénotent d'autre part de l'inconfort bien qu'il y ait augmentation du sentiment d'être capable de se faire des amis (MCRO). Ainsi, il est possible de constater entre le début et la fin du programme que les rapports avec les autres sont en période de transition, en regard de l'affectivité et de la distance avec les personnes significatives.

Le sujet 2 présente dans l'ensemble une amélioration dans la perception de la dimension sociale. Ceci s'observe dans des nuances qu'il parvient à faire sur les rapports sociaux, dans un sentiment bonifié de compétence et de satisfaction, ainsi que dans un plus grand nombre de références à des activités partagées. Il perçoit de plus une reconnaissance accrue de ses capacités par ses proches. Des rapports avec le père sont plus fréquemment énoncés lors de l'évaluation finale, par le biais d'activités, ce qui semble être un rapprochement avec ce dernier. Un rapprochement est aussi notable envers le thérapeute, signifié par des expressions d'affection à son égard. Ces changements donnent des indices de réconciliation, de réparation avec la figure paternelle. Son discours lors de l'entrevue initiale relatait en effet des rapports avec son père et un professeur universitaire qui étaient ressentis comme stressants.

Le troisième sujet décrit une amélioration de sa satisfaction envers ses proches, qu'elle perçoit plus reconnaissants de ses compétences. Sa satisfaction s'est aussi améliorée en regard de son rendement occupationnel dans des activités à consonance sociale dominante. D'ailleurs, la

description qu'il fait de ses comportements dénote plus de souplesse et son attitude envers les figures d'autorité (époux et thérapeutes) montre plus de dégageant ou d'autonomie. De plus, les relations qualifiées significatives sont plus nombreuses en fin de programme, avec des membres du groupe de théâtre. Ainsi, le rapport à l'autre serait en général plus satisfaisant, un changement favorisé par la perception d'un soi plus compétent et une reconnaissance accrue de cette compétence.

Les changements communs aux trois personnes portent sur la satisfaction des rapports familiaux et sur la révision du rapport à l'autre, chacun redéfinissant sa position dans ses relations significatives. Les conséquences fonctionnelles perçues dans leur environnement tendent vers une amélioration de leur rendement occupationnel et de la satisfaction concernant ce rendement en regard d'activités à dominante sociale. Ce ne peut toutefois être considéré que comme une tendance, puisque les réponses fournies à la MCRO par les sujets ne portent que sur une activité sociale problématique pour S1 et S2, bien qu'ils étaient de quatre pour S3.

Les résultats obtenus confirment le propos de Gage et Polatajko (1994) se fondant sur des réflexions de Bandura (1986). L'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle, développé notamment grâce aux expériences de succès, est un déterminant important du rendement occupationnel et du bien-être psychologique; cela favorise l'engagement dans des activités comparables. La comparaison pourrait alors être optimisée en ayant recours à l'activité théâtrale. Elle suggère en effet des ressemblances multiples avec les événements et interactions sociales de la vie quotidienne, qui se retrouvent dans le contenu associé au texte lui-même, dans la dynamique du groupe et dans la possibilité de se mettre en action, d'être créateur.

Chapitre 7 - Synthèse comparative des points de vue externe et interne

Cette synthèse comparative permet d'optimiser l'exploration proposée dans la présente recherche, en mettant en valeur les convergences et divergences entre les résultats provenant de sources extérieures aux sujets et les résultats provenant de leur perception d'eux-mêmes. Cette mise en valeur souligne les relations entre les résultats provenant des proches et des sujets, puis entre les observations cliniques objectives et les données subjectives.

L'objectif du présent chapitre est de confirmer les résultats obtenus à partir de deux observatoires différents selon que le sujet parle de lui-même ou que les autres, plus ou moins objectifs, décrivent l'évolution de son état. Cette démarche contribue à démontrer l'objectivité des résultats en triangulant des données provenant de sources et de contextes différents. Lincoln et Guba (1985), dans leur révision des critères de scientificité pour la recherche qualitative, ont décrit la « confirmabilité » comme le pendant de l'objectivité en recherche quantitative. La neutralité de la démarche d'analyse est démontrée en vérifiant notamment la concordance des résultats. Son second objectif, découlant de la démonstration du premier, est d'élaborer un portrait final des résultats obtenus, en regroupant ceux-ci pour les présenter dans une image la plus claire possible, puis d'en faire une analyse réflexive.

Miles et Huberman (1984) préconisent l'identification des relations entre les variables comme une tactique utile à tirer des conclusions. Pour ce faire, les conclusions se rapportant aux deux sources de données, externe et interne, sont présentées de façon synthétique à la figure 9 pour mettre en évidence les similitudes et différences par des traits représentatifs. Ce nouveau degré d'analyse emploie les données de la figure 7 en ce qui a trait aux sources externes ainsi que les résultats de la perception de soi pour la partie interne, versés dans le chapitre précédent. Toutefois, les données se rapportant à l'évolution du rapport avec le clinicien ne sont pas retenus vu l'absence d'éléments comparables dans les sources externes. Chaque relation est numérotée pour en faciliter la description et la figure est de plus constituée sous forme triangulaire dont le sommet contient la partie objective relative aux changements dans les habiletés sociales des sujets, à savoir les observations notées en contexte thérapeutique, tandis qu'à la base se trouve la partie subjective constituée par la perception des proches et des sujets.

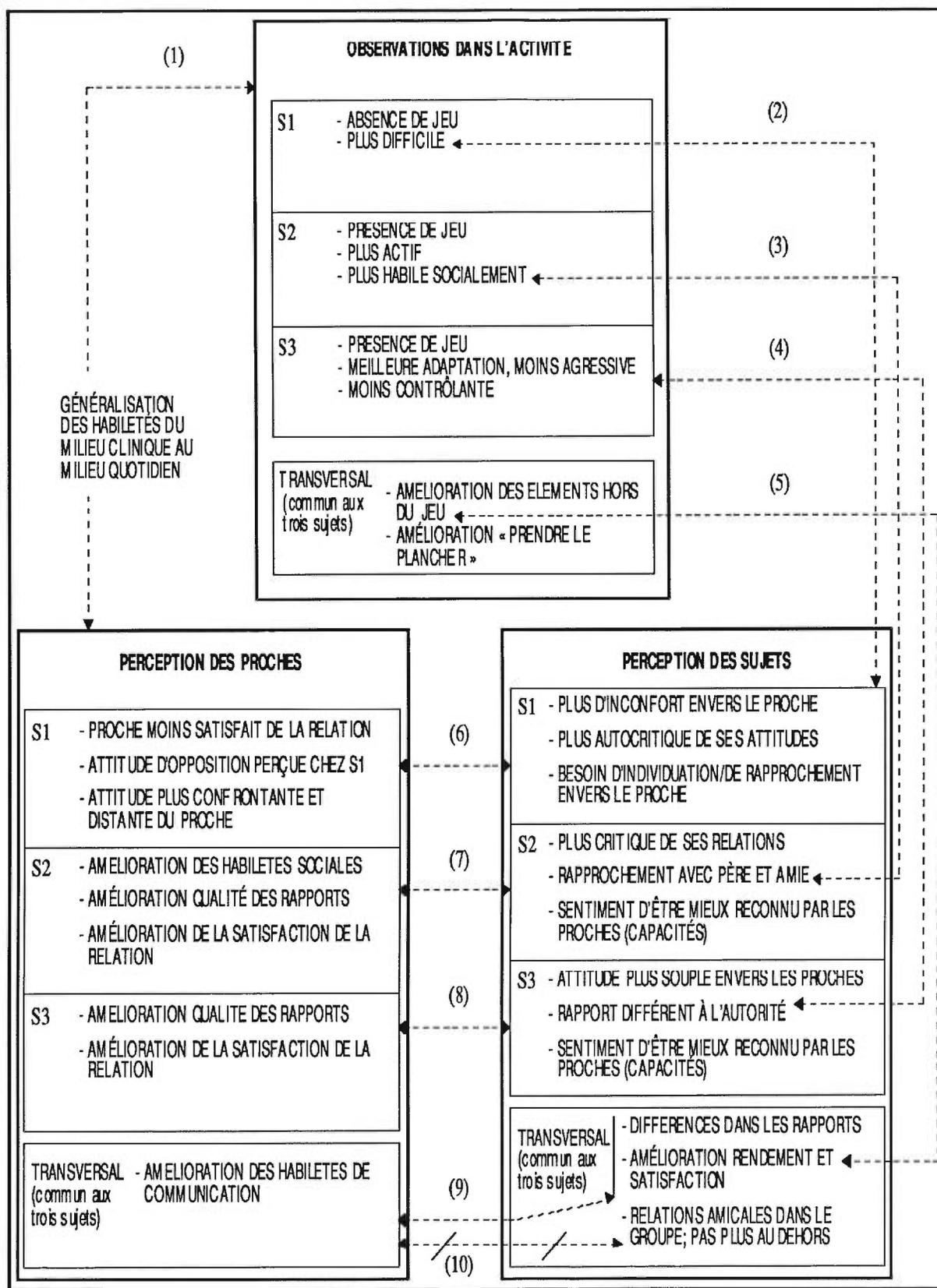


FIGURE 9: Comparaison entre la perception des sujets, des proches et des observations en contexte thérapeutique. Légende des rapports: ← - - → similitude; ← / - → différence

La « confirmabilité » des résultats

La présente section se concentre d'abord sur la constatation des rapports entre les sources de données pour en évaluer la confirmabilité des résultats. L'objectivité est ensuite explorée en regard de la crédibilité et de la transférabilité de la recherche. Les rapports sont finalement décrits plus en détail.

L'observation des flèches pointillées représentant les rapports entre les résultats montre des similitudes dans presque tous les rapports identifiés. Cela tend à optimiser la démonstration de l'objectivité de l'analyse, les résultats s'avérant fidèles aux informateurs et aux conditions de recherche plus qu'à d'autres motivations et perspectives. Ce n'est pas une surprise puisque la crédibilité et la transférabilité de l'étude, deux autres critères définis par Lincoln et Guba (1985) qui correspondent respectivement à la validité interne et externe, avaient été pris en considération depuis la constitution du devis jusqu'aux conclusions de l'analyse. Les résultats apparaissent en effet valables aux yeux des observateurs ayant rempli les grilles en contexte de thérapie, ils sont comparables aux références théoriques, ils sont significatifs sur le plan clinique et se fondent sur une collecte de données favorable à la crédibilité grâce par exemple à une collecte prolongée sur le terrain et le recours aux commentaires de deux chercheurs extérieurs. La possibilité d'appliquer les résultats de cette recherche-ci à d'autres contextes ou groupes est favorisée si le contexte et la démarche habituels de cette thérapie sont préservés. De plus, la transférabilité est optimisée par une description détaillée du groupe et des sujets choisis, en conservant des contenus typiques mais aussi atypiques de leurs expériences. Toutes ces précautions contribuent à l'objectivité de la recherche.

En détail, le rapport (1) entre les observations pendant l'activité et celles des proches dans le milieu quotidien avait déjà été souligné dans le chapitre sur les observateurs extérieurs. La conclusion sur les similitudes des changements dans un contexte et dans l'autre n'est que réinscrit dans cette figure. Les rapports (2) à (5) relient les observations les plus objectives aux changements dans les perceptions que les sujets ont d'eux-mêmes, tandis que les rapports (6) à (9) mettent en parallèle la perception des proches et celle des sujets.

S1 est considérée plus difficile par les observateurs. Quand elle parle d'elle-même en fin de thérapie, elle relate des besoins contradictoires (individuation et rapprochement) et un sentiment plus grand d'inconfort, des difficultés qui permettent de qualifier le rapport (2) de comparable. D'ailleurs la personne proche avait noté une « opposition », des comportements qui rendaient la relation moins satisfaisante, que la flèche (6) représente comme un rapport plus similaire que différent. La perception qu'a le second sujet de s'être rapproché de gens significatifs tend à confirmer l'amélioration de l'habileté sociale notée par les chercheurs (rapport 3). Cette amélioration est de plus remarquée par le proche (rapport 7). Le troisième sujet se perçoit plus souple, ayant développé un rapport différent à la figure d'autorité. La flèche (4) fait le lien avec des observations qui la reconnaissent moins agressive, moins contrôlante et s'adaptant plus aisément aux autres. Le proche avait soulevé l'amélioration des relations, ce qui porte à confirmer la convergence avec les propos du sujet, un rapport positif signifié par le numéro (8).

Enfin sur le plan transversal, à savoir les changements comparables pour les trois sujets, les rapports (5) et (9) montrent des convergences entre les trois sources de données. Tandis que la tendance globale appréciée par les chercheurs indique l'amélioration des éléments se rapportant aux habiletés sociales (les catégories de la première partie de l'évaluation de Trower, Bryant et Argyle, 1978), les sujets eux-mêmes se perçoivent plus compétents et plus satisfaits dans leurs habiletés d'interaction, ce que les proches sont portés aussi à croire.

Ainsi, les rapports de convergence indiquent que les résultats provenant de trois sources différentes sont conséquents, ce qui augmente la valeur objective des conclusions finales décrivant le changement dans les habiletés sociales de chaque sujet et les effets comparables pour les trois. Toutefois, la neutralité documentée ici ne peut être perçue que comme une tendance dominante, au moins satisfaisante pour répondre à l'exercice descriptif et synthétique de cette recherche.

Analyse réflexive

La figure 9 fait le portrait de l'ensemble des résultats en offrant une présentation synthétisée de ceux-ci, utile à l'analyse suivante. C'est en effet à partir de cette figure que la réflexion s'ébauche sur la comparaison des deux points de vue, en étoffant l'analyse de considérations émises tout au long du processus de recherche.

Des changements dans la perception des habiletés sociales sont observables chez les trois sujets. Les verbalisations laissent entendre un accroissement de la capacité d'introspection quant aux habiletés d'interrelation, une différence dans la distance et la qualité des rapports avec des personnes significatives, ainsi que des variations du sentiment de reconnaissance par les proches. Les proches ont fait des observations comparables, dénotant plus de communication, d'habileté à s'affirmer, bien que cela pouvait entraîner de l'inconfort, de l'insatisfaction concernant S1, et au contraire de la satisfaction pour les deux autres sujets. Les observations des chercheurs, en contexte de thérapie donc, rapportent pour les trois sujets une dominante positive quant aux changements dans les habiletés sociales telles que catégorisées dans l'outil employé, notées hors de l'espace scénique.

Cette synthèse ne peut être complète toutefois sans mettre en évidence deux particularités décelables dans la figure 9. La première peut être interprétée comme une absence de généralisation dans le rapport (10), ce qui nuancerait le rapport (1), entre l'évolution des relations amicales au sein du groupe et le changement dans ce type de relation hors du contexte thérapeutique. En effet, les discours des sujets n'offrent pas plus de référence en fin de programme aux amitiés hors du cadre thérapeutique, tant en ce qui a trait à la quantité comme à la qualité des rapports. Ainsi, l'expérience théâtrale des sujets ne leur aurait pas permis, dans les limites du temps de l'étude, de transférer leurs acquis jusqu'à pouvoir développer plus de liens amicaux dans leur environnement quotidien.

La seconde particularité concerne la présence ou l'absence de jeu. Cette constatation s'est imposée tout au long des cycles d'analyse comme une différence notable entre l'évolution de S1 et de S2 et S3. Puisque la première remet en question la distance avec les parents, tandis que les

deux autres parlent de rapprochement, et que ses proches ont opté pour être plus confrontants avec S1 quand au contraire S2 et S3 se sont sentis mieux reconnus dans une dynamique d'échange moins agressive, il est plausible de supposer que ce qui fut bénéfique pour deux sujets ne fut pas accessible pour un. Divers facteurs ont pu empêcher cet accès. L'activité s'avérant trop exigeante, elle aurait encouragé le repli. De même, la distanciation prise par les parents aurait éveillé des angoisses sur la perte du lien d'attache au monde, si on considère sa dépendance envers ces derniers. Sa remise en question du cadre ne peut lui assurer la sécurité nécessaire pour jouer, la confiance en étant une condition primordiale (Attigui, 1993a; Brais, 1996). Elle se prive alors d'une mécanique qui adoucit le rapport à la réalité par la fiction (Attigui, 1993a), se retrouvant « à froid » dans un contexte confrontant. Une telle situation peut lui rappeler son sentiment d'incompétence, un risque que Fidler et Fidler (1978) avaient identifié. La confrontation ressentie par S1 a pu avoir aussi pour conséquence d'éveiller son besoin de « retrait protecteur » (Corin, 1990), c'est à dire de se soustraire émotivement aux exigences de la réalité sociale. Pourtant, malgré une impression générale de régression chez S1, il demeure que l'expérience a contribué à éveiller un besoin d'autonomie, retrouvé dans son discours et exprimé par de l'opposition envers les parents. D'ailleurs ce besoin est aussi décrit par les autres sujets dans le souhait de réaliser plus d'activités sociales et d'avoir le sentiment de pouvoir les exécuter avec un rendement accru. Ils se réinscrivent ainsi dans le champ social, comme l'avait reconnu Attigui (1993a) pour la moitié de sa clientèle.

Ainsi, la majorité des convergences entre les sources externes et les propos mêmes des sujets démontrent que les résultats se confirment. En effet, en plus du transfert des acquis dans les habiletés sociales entre le milieu thérapeutique et l'environnement quotidien, la perception que les sujets ont d'eux-mêmes évolue de façon comparable avec les comportements que les observateurs extérieurs ont notés dans l'activité thérapeutique et dans le milieu naturel. Une relation ne se confirme toutefois pas. Elle concerne l'évolution des relations amicales au sein du groupe et en dehors de celui-ci. La généralisation des acquis ne s'étend pas alors jusqu'au développement de liens amicaux dans l'environnement naturel. Enfin, la différence majeure des changements entre les sujets 2 et 3 et le premier sujet correspond à une absence de jeu dans l'espace scénique chez le premier sujet.

Conclusion

L'intérêt premier d'une étude se rapportant à des considérations cliniques concerne sa capacité à être reproduite dans des conditions comparables, en possédant une idée des résultats à escompter. Ainsi, d'autres clients peuvent profiter de l'expérience des sujets de cette étude-ci. Elle contribue aussi à documenter l'engagement humain dans l'activité. De fait, l'emploi thérapeutique du jeu théâtral, une activité artistique significative pour ses sujets, offre une expérience complète qui favorise une perception de soi plus positive et la généralisation des acquis sociaux à court terme auprès des proches.

Le courant actuel en réadaptation psychosociale tend à se concentrer exclusivement sur une approche psychoéducative, sur l'entraînement d'habiletés précises. Les résultats de telle interventions présentent d'excellents résultats, mais des limitations demeurent quant à la généralisation des acquis dans l'environnement de la personne, ce que l'activité significative paraît pouvoir compenser en stimulant la qualité de la perception de soi. Cette recherche exploratoire tendait donc à démontrer la nécessité de préserver dans nos programmes les activités qui permettent le jeu et l'acte créateur. Cela s'inscrit directement dans les fondements philosophiques des définitions de cette réadaptation, même si l'intervention ne porte pas sur un entraînement direct des habiletés déficitaires. Considérer la personne dans son ensemble suppose de considérer ce qui est profondément significatif pour elle, entre l'occupation et la création, entre la motivation et le jeu. Le théâtre propose risque, défi et angoisse, qui sont, eux, naturels et normaux et offrent à la personne l'occasion de devenir un autre et d'être là reconnu socialement. Il s'avère donc important de favoriser la combinaison d'un entraînement psychoéducatif avec une thérapie médiatisée par l'activité artistique, vu les résultats reconnus de l'un dans des apprentissages précis et la reconnaissance de l'autre dans la mise en branle de mécanismes profonds dont la réparation favoriserait la durabilité et la généralisation des acquis dans l'ensemble des situations de la vie quotidienne.

Des études subséquentes pourraient documenter plus avant chaque volet de ce mémoire afin d'approfondir la compréhension des mécanismes qui induisent les changements, ou encore d'étendre l'investigation à d'autres types d'arts de représentation. Grâce à la création, bien que l'effet

de l'art soit variable, la personne psychotique en vient à pouvoir se constituer, dans un contexte qu'il juge protecteur, une conception personnelle et libre du rapport à l'autre, et une image de soi plus valorisante et encline à réinvestir l'occupation quotidienne, au-delà d'une compréhension intellectualisée du monde.

Les relations entre ces concepts s'avèrent complexes à définir avec précision. Pour le moment, l'idée d'élaborer une matrice finale est apparue risquée. Il ressort toutefois que l'activité théâtrale offre, dans un cadre thérapeutique, de multiples possibilités aux participants, dont la valeur à court terme est effective. Ainsi, l'application présentée tend par son cadre à favoriser une utilisation personnelle des ressources du médium et du thérapeute, répondant optimalement aux besoins de l'individu. Le recouvrement des affects personnels et la conscience du corps n'ont pas été directement observés, sinon par un rapprochement du monde affectif en cours de session, signifié par les expressions de plaisir, par l'évocation de sentiments de puissance, de valeur personnelle, de satisfaction ou de détermination. Les changements dans l'état fonctionnel montrent des améliorations par la perception du rendement occupationnel et des habiletés sociales. Ainsi, la restauration de la perception de soi s'est effectivement réalisée, même si ça a été plutôt confrontant pour le premier sujet, et divers indices décrivent le passage réciproque des acquis sociaux entre le contexte d'activité et l'environnement social. De ce fait, la proposition de l'étude est en partie confirmée.

Références bibliographiques

ALI, S. M. (1977) Corps réel, corps imaginaire: pour une épistémologie psychanalytique. Paris: Dunod

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996) DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: édition Masson

ANZIEU, D. (1981) Le corps de l'oeuvre: essais psychanalytiques sur le travail créateur. Paris: Gallimard, coll. Connaissance de l'inconscient

ANZIEU, D., MARTIN, J.-Y. (1982) La dynamique des groupes restreints (7ème édition). Paris, Presses universitaires de France, coll. Le psychologue

ARTAUD, A. (1964) Le théâtre et son double, suivi de Le théâtre de Séraphin. Paris: Gallimard, coll. Idées

ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES et SANTÉ CANADA (1993a) Lignes directrices pour une pratique en santé mentale de l'ergothérapie centrée sur le client. Ottawa, ON: Association canadienne des ergothérapeutes et Santé Canada et Approvisionnement et services Canada

ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES (1997) Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie. Ottawa, Ontario: CAOT/L'ACE Publications

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE (1995) Valeurs et principes de la réadaptation psychosociale. Québec: AQRP

ATTIGUI, P. (1993a) De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique: jeu, transfert et psychose. Paris: éd. Denoël, coll. L'espace analytique

- ATTIGUI, P. (1993b) Théâtre du réel. L'évolution psychiatrique, 58, 303-310
- BANDURA, A. (1986) Social foundations of thought. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- BARRIS, R., KIELHOFNER, G., WATTS, J.H. (1988) Occupational therapy in psychosocial practice. Thorofare, NJ: Slack inc.
- BERNARD, M. (1976) Le corps (4ème édition). Paris: Delarge, coll. Corps et culture
- BERRY, M., CARVER, J., GAYLER, C., LOEWEN, J., MURPHY, M., PARKINSON, W. (1990) Psychosocial rehabilitation in the Ontario context. Toronto: International association of psychosocial rehabilitation services, Ontario chapter
- BONDER, B.R. (1992) Issues in assessment of psychosocial components of function. The american journal of occupational therapy, 47, 211-216
- BONDER, B.R. (1995) Psychopathology and function (2ème éd.). Thorofare, NJ: Slack inc.
- BOUCHARD, D., GIRARD, R., LEGAULT, R., VINCENT, J. (1991) La déprime. Montréal: VLB Éditeur
- BOUCHER, M.D. (1996) Au-delà des mots: étude pratique de diverses techniques vocales et corporelles dans le but de développer un langage vocal et gestuel personnel et d'analyser son incidence sur la construction du personnage. Thèse de maîtrise inédite, Université du Québec à Montréal
- BRADY, J. P. (1984) Social skills training for psychiatric patients, 1: concepts, methods and clinical results. American journal of psychiatry, 141, 333-340
- BRAIS, M. (1996) L'accompagnement d'acteur: une approche pratique axée sur la dynamique personne/personnage. Thèse de maîtrise inédite, Université du Québec à Montréal

- BRECHT, B. (1978) Petit organon pour le théâtre, suivi de Additifs au Petit organon (3ème édition). Paris: L'Arche, coll. Travaux 4
- BROOK, P. (1977) L'espace vide: écrits sur le théâtre. Paris: Éditions du Seuil
- BROUSTRA, J. (1987) Expression et psychose: ateliers thérapeutiques d'expression. Paris: Éditions ESF, coll. Psychothérapies, méthodes et cas
- BROUSTRA, J. (1996) L'expression: psychothérapie et psychose. Paris: Éditions ESF
- BRUCE, M.A., BORG, B. (1993) Psychosocial occupational therapy: frames of reference for intervention (2ème éd.). Thorofare, NJ: Slack inc.
- CENTRE DE JOUR NIVERVILLE (1992) Étude sur la clientèle fréquentant le Centre. Document inédit, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- CHAREST, R. (1995) Robert Lepage: quelques zones de liberté. Québec: éditions de L'instant même, Ex Machina
- CHARVET, P., GOMPERTZ, ST., MARTIN, E., MORTIER, D., POUILLON, CHR. (1979) Pour pratiquer les textes de théâtre: lexique théâtral. Bruxelles: éditions De Boeck-Duculot
- CNAAN, R.A., BLANHERTZ, L., MESSINGER, K.W., GARDNER, J.R. (1988) Psychosocial rehabilitation: toward a definition. Psychosocial rehabilitation journal, 11, pp. 61-77
- CODRON, F. (1980) Le jeu de rôle; son implication en psychiatrie de secteur. Spéculaire\spectaculaire et psychodrame, sous la direction du collectif CERT\CIRCE, 41-49
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J.-L., BOYLE, P. (1990) Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer. Montréal: Presses de l'Université de Montréal

- CORIN, E.E. (1990) Facts and meaning in psychiatry: an anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. Culture, medicine and psychiatry, 14, 153-188
- CROMBEZ, J.C. (1988) Psychothérapies expérientielles, // P. Lalonde, F. Grunberg: Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale (pp. 1172-1190). Montréal: Gaëtan Morin éd.
- DALLE, B. (1994) Place et effets possibles des psychothérapies de groupe dans la thérapeutique des psychoses schizophréniques, // Fédération française de psychiatrie et union nationale des amis et familles de malades mentaux: Conférence de consensus: stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques. textes des experts. (pp. 291-307). Paris: Éditions Frison-Roche
- DARS, E., BENOÎT, J.C. (1973) L'expression scénique: art dramatique et psychothérapie (2ème éd.). Paris: éd. ESF, coll. des Sc. Humaines Appliquées
- DESLAURIERS, J.-P. (1991) Recherche qualitative: guide pratique. Montréal: éd. Mc Graw-Hill, coll. Thema
- DONAHOE, C.P., DRIESENKA, S.A. (1988) A review of social skills training with chronic mental patients. Progress in behavior modification, 23, 131-164
- DRAKE, R.E., SEDERER, L.I. (1986) Inpatient psychosocial treatment of chronic schizophrenia: negative effects and current guidelines. Hospital and community psychiatry, 37, 897-901
- DUBAR, M. (1980) La relation théâtrale. Paris: Presses Universitaires de Lille
- EKMAN, P., SCHERER, K.R. (1985) Handbook of methods in nonverbal behavior research. New-York, NY: Cambridge university press, coll. Studies in emotion and social interaction
- ÉTIENNE, A. (1990) L'activité en Amérique du nord: évolution vers une science de l'occupation. Journal d'ergothérapie, 12, 48-53

- FALK-KESSLER, J., MOMICH, M., PEREL, S. (1991) Therapeutic factors in occupational therapy groups. The american journal of occupational therapy, 45, 59-66
- FIDLER, G.S., FIDLER, J.W. (1978) Doing and becoming: Purposeful action and self-actualization. The american journal of occupational therapy, 32, 305-310
- FITTS, W.H. (1972) The self concept and behavior: overview and supplement. Nashville, TE: Dede Wallace center, coll. Studies on the self concept and rehabilitation
- FREY, S., HIRSBRUNNER, H.P., JORNS, V. (1982) Time-series notation: a coding principle for the unified assessment of speech and movement in communication research, in E.W.B. Hess-Lüttich, Multimedial communication, vol 1: semiotic problems of its notation. Gunter Narr Verlag Tübingen
- GAGE, M., POLATAJKO, H. (1994) Enhancing occupational performance through an understanding of perceived self-efficacy. The american journal of occupational therapy, 48, 452-461
- GILLIBERT, J. (1987) Ça n'est plus ça: notes cliniques et métapsychologiques sur l'autre théâtre de l'être. Lyon: Césura Lyon Édition
- GILLIBERT, J. (1990) Folie et création. Paris : éd. du Champ Vallon, coll. L'or d'Atalante
- GIUDICELLI, S. (1984) Art et psychiatrie: vers de nouvelles pratiques. L'information psychiatrique, 60, 1287-1299
- GRAY, K.W. (1997) Expressive therapy alternatives: an open letter to my colleagues. Continuum, 4, 113-118
- GROTOWSKI, J. (1971) Vers un théâtre pauvre. Lausanne: Éditions L'Âge d'Homme

- HALFORD, W. K., HAYES, R. (1991) Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. Clinical psychology review, 11, 23-44
- HANNAH, M.T., DOMINO, G., HANSON, R., HANNAH, W. (1994) Acting and personality change: the measurement of change in self-perceived personality characteristics during the actor's character development process. Journal of research in personality, 28, 277-286
- HATTIE, J. (1992) Self-concept. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum associates
- HAYES, R. (1989) Occupational therapy in the treatment of schizophrenia. Occupational therapy in mental health, 9, 51-68
- HAYES, R. L., HALFORD, W. K. (1993) Generalization of occupational therapy effects in psychiatric rehabilitation. The american journal of occupational therapy, 47, 161-167
- HAYES, R. L., HALFORD, W. K., VARGHESE, F. N. (1991) Generalization of the effects of activity therapy and social skills training on the social behavior of low functioning schizophrenic patients. Occupational therapy in mental health, 11, 3-20
- HELLY, P. (1994) Une troupe de théâtre à l'hôpital. Soins psychiatrie, 162, 34-36
- HENKING, R. (1990) Les sept vérités de Jacob ou « l'ordre psychotique des choses ». Revue Médicale de la Suisse Romande, 110, 21-26
- HOLSTEIN, J.A., GUBRIUM, J.F. (1994) Phenomenology, ethnomethodology, and interpretive practice, // N.K. Derzin et Y.S. Lincoln, Handbook of qualitative research (pp. 262-272). Thousand Oaks: SAGE publications
- HOPKINS, H.L. (1988) An historical perspective on occupational therapy, // H.L. Hopkins et H.D. Smith: Willard and Spackman: occupational therapy (7ème édition) (pp. 16-37). Philadelphie: J.B. Lippincott company

- IAPSRS (1985) International association of psychosocial rehabilitation services. Organisations providing psychosocial rehabilitation and related community support services in the United States: a national directory. McLean, Virginie, IAPSRS
- JOHNSON, D. (1982) Principles and techniques of dramatherapy. The arts in psychotherapy, 9, 83-90.
- JOLIVET, B. (1994) Quelle est la place de la réadaptation dans la prise en charge à long terme des psychoses schizophréniques?, *in* Fédération française de psychiatrie et union nationale des amis et familles de malades mentaux: Conférence de consensus: stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques, textes des experts. (pp.371-380). Paris: Éditions Frison-Roche
- KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. (1992) Manuel de psychiatrie clinique. Paris: éd. Maloine
- KESTEMBERG, E., JEAMMET, P. (1987) Le psychodrame psychanalytique. Paris: P.U.F., coll. Que sais-je?
- LALONDE, P., BORGEAT, F. (1988) Schizophrénie, *in* P. Lalonde et F. Grunberg, Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale (pp.340-374). Montréal: Gaëtan Morin éditeur
- LANDY, R. (1983) The use of distancing in dramatherapy. The arts in psychotherapy, 10, 175-185
- LANDY, R. (1990) The concept of role in dramatherapy. The arts in psychotherapy, 17, 225-230
- LAPERRIÈRE, A. (1993) Les critères de scientificité des méthodes qualitatives, *in* Les méthodes qualitatives en recherche sociale: problématique et enjeux (pp.45-66). Actes du colloque du conseil québécois de la recherche sociale, Rimouski
- LAPOINTE, C. (1990) André Brassard: stratégies de mise en scène (essai). Outremont: VLB Éditeur

- LAW, M., BAPTISTE, S., CARSWELL-OPZOOMER, A., MCCOLL, M.A., POLATAJKO, H., POLLOCK, N. (1991) La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. Toronto: CAOT publications ACE
- LAW, M., POLATAJKO, H., CARSWELL, A., BAPTISTE, S., MCCOLL, M. (1994) The canadian occupational performance measure: results of pilot testing. Revue canadienne d'ergothérapie, 61, 191-197
- LEARY, S. (1994) Activities for personal growth: a comprehensive handbook of activities for therapists. Artarmon, Australie: MacLennan et Petly Pty
- LEBAUVY, D. (1985) La recherche en psychothérapie. L'information psychiatrique, 61, 669-675
- LESSARD-HÉBERT, M., GOYETTE, G., BOUTIN, G. (1990) Recherche qualitative: fondements et pratiques. Montréal: Éditions agence d'Arc
- LIBERMAN, R. P. (1991) Rehabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques. Paris: Masson
- LIBERMAN, R.P., DERISI, W.J., MUESER, K.T. (1989) Social skills training for psychiatric patients. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, coll. Psychology practitioner guidebooks
- LIBERMAN, R.P., MASSEL, H.K., MOSK, M.D., WONG, S.E. (1985) Social skills training for chronic mental patients, // R. Fleeming Cottrell (1993) Psychosocial occupational therapy: proactive approaches (pp.155-163). Rockville, MD: The american occupational therapy association
- LINCOLN, Y.S., GUBA, E.A. (1985) Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage
- MARTINOT, D. (1995) Le soi: les approches psychosociales. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble, coll. La psychologie en plus
- MATISSON, M.D. (1973) Le psychodrame. Paris: Éditions Universitaires

- MICHAUD, G. (1984) De psychanalyse et de théâtre: trois histoires de cas. Jeu, 33, 81-104
- MILES, M.B., HUBERMAN, A.M. (1984) Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods. Beverly Hills, CA: Sage Publications
- MORSE, J.M. (1994) Designing funded qualitative research, // N.K. Derzin et Y.S. Lincoln, Handbook of qualitative research (pp. 220-235). Thousand Oaks: SAGE publications
- MUCCHIELLI, R. (1991) L'observation psychologique et psychosociologique, 4ème édition. Paris: ESF éditeur, coll. Formation permanente en sciences humaines
- NITSUN, M., STAPLETON, J.H., BENDER, M.P. (1974) Movement and dramatherapy with long-stay schizophrenics. British journal of medical psychology, 47, 101-119
- NUETZEL, E.J. (1995) Unconscious phenomena in the process of theater: preliminary hypotheses. Psychoanalytic Quarterly, LXIV, 345-352
- PAVIS, P. (1987) Dictionnaire du théâtre. Paris: Messidor, Éditions sociales
- PELOSSE, J.L. (1986) Contribution à l'étude des usages corporels traditionnels: éléments d'analyse des comportements moteurs socialisés en ethnologie. Geste et image, 6-7, 107-137
- PHILLIPS, M.E. (1996) The use of drama and puppetry in occupational therapy during the 1920s and 1930s. The american journal of occupational therapy, 50, 229-233
- PÖLDINGER, W., KRAMBECK, K. (1987) The relevance of creativity for psychiatric therapy and rehabilitation. Comprehensive psychiatry, 28, 384-388
- Q.S.R., Qualitative Solutions and Research Pty Ltd (1995) Workshop manual for Q.S.R. qualitative data analysis software. Melbourne, Australia: Sage Publishing distributors

- REBEIRO, K.L. (1998) Occupation-as-means to mental health: a review of the literature, and a call for research. Canadian journal of occupational therapy, 65, 12-19
- REED, K.L. (1993) The beginnings of occupational therapy, in H.L. Hopkins et H.D. Smith: Willard and Spackman: occupational therapy (8ème édition) (pp. 26-43). Philadelphie: J.B. Lippincott company
- RICHARD, H. (1993) Remarques psychanalytiques sur le jeu du comédien. Jeu, 68, 110-118
- RODRIGUEZ, J., TROLL, G. (1990) Expérimentation en art-thérapie. Soins psychiatrie, 118, 29-34
- RODRIGUEZ, J., TROLL, G. (1995) L'art-thérapie: pratiques, techniques et concepts: manuel alphabétique. Paris: Cursus, Ellébore
- RONFARD, J.-P., LÉVESQUE, R. (1993) Entretiens avec Jean-Pierre Ronfard/Robert Lévesque, suivis de La leçon de musique, 1644. Montréal: Liber
- ROYEEN, C.B. (1988) Research tradition in occupational therapy: process, philosophy and status. Thorofare, NJ: Slack inc.
- SANFORD, J., LAW, M., SWANSON, L., GUYATT, G. (1994) Assessing clinically important change as an outcome of rehabilitation in older adults. Communication présentée au congrès de l'American society on aging, San Francisco
- SCHARBACH, H. (1996) Arts et folie (2ème édition rev.). Lyon: Césura Lyon édition
- SNIDER, J.G., OSGOOD, C.E. (1969) Semantic differential techniques: a sourcebook. Chicago: Aldine
- SOUILLAC, M., ALLILAIRE, J.-F., VINCO, M. (1992) Expression scénique, 4 ans d'expérience en unité de jour à séjour limité. Annales médico-psychologiques, 150, 29-34

- STANISLAVSKI, C. (1979) La formation de l'acteur. Paris: Petite Bibliothèque Payot
- STRAUSS, A., CORBIN, J., (1990) Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, CA: SAGE publications
- TESCH, R. (1990) Qualitative research: analysis types and software tools. London, GB: The Falmer Press
- TESSIER, L., CLÉMENT, M. (1992) La réadaptation psychosociale en psychiatrie: défis des années 90. Montréal: Gaëtan Morin éd.
- THORET, Y. (1993) La théâtralité : étude freudienne. Paris : éd. Dunod, coll. Psychismes
- THORET, Y. ATTIGUI, P. (1994) La médiation artistique par le théâtre. Soins - psychiatrie, 162, 29-33
- TOOMEY, M., NICHOLSON, D., CARSWELL, A. (1995) The clinical utility of the canadian occupational performance measure. Canadian journal of occupational therapy, 62, 242-249
- TOUZÉ, J. (1996) L'image du corps: des origines du concept à son usage actuel. Champ psychosomatique, 7, 23-37
- TREMBLAY, L.F. (1992) Évaluation de la compétence sociale de personnes souffrant de troubles mentaux graves: études de validation sociale. Montréal: Centre de recherche Institut Philippe-Pinel
- TROWER, P., BRYANT, B., ARGYLE, M. (1978) Social skills and mental health. London: Methuen
- VANDAL, G., LEAHEY, D. (1995) Vers une conception thérapeutique de la relation médiatisée par l'activité artistique. Revue québécoise d'ergothérapie, 4, 138-144

VILLIERS, A. (1946) La psychologie du comédien. Paris : éd. O. Lieutier

VOYER, J. (1988) Malade chronique, in P. Lalonde et F. Grunberg, Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale (pp.752-768). Montréal: Gaëtan Morin éditeur

WEKWERTH, M. (1971) La mise en scène dans le théâtre d'amateur. Paris: éd. L'Arche, coll. Travaux 13

WINNICOTT, D.W. (1975) Jeu et réalité. Paris : Gallimard, N.R.F.

Annexe A

Les différents types de thérapies utilisant l'expression dramatique: tableau descriptif et comparatif

Tableau IV

Tableau descriptif et comparatif des différentes thérapies utilisant l'expression dramatique

ÉLÉMENTS	ATELIER THÉÂTRAL	DRAMA THERAPY	EXPRESSION SCÉNIQUE	PSYCHODRAME MORÉNIEN	PSYCHODRAME ANALYTIQUE	JEU DE RÔLE
Définition	Emploi intentionnel du théâtre à des fins thérapeutiques.	Emploi intentionnel de facettes du théâtre à des fins thérapeutiques.	Emploi du texte (théâtre, poésie,...) en se concentrant sur les affects et leur expression.	Science qui explore la vérité par des méthodes dramatiques. Il comprend nécessairement la scène, le protagoniste, les ego-auxill., l'auditoire et le meneur de jeu.	Inspiré de Moreno, et fondé sur le jeu dramatique, le groupe et la psychanalyse	Jeu de son propre rôle. Vu comme une technique spécifique ou comme une forme atténuée et fonctionnelle du psychodrame.
But	Création puis représentation d'un personnage sur les bases d'une histoire fictive, visant par ce processus intégré la réinscription dans la vie quotidienne.	En improvisant des situations fictives ou non, on vise le soulagement des symptômes, l'intégration physique et la croissance personnelle en travaillant sur les anxiétés et les conflits sociaux qui interfèrent dans le déroulement des improvisations	Provoquer une réaction d'extériorisation par laquelle le sujet se libère d'un refoulement affectif. Faire sur un mode ludique un conflit traumatisant. Assouplir les relations interpersonnelles.	Agir la situation humaine dans le but de la comprendre, en se présentant soi-même ou des personnes significatives .	Faire apparaître par l'expression scénique libre les défenses de la personnalité et les analyser afin de pouvoir réintégrer dans celles-ci les pulsions rejetées.	Technique qui vise l'entraînement à des rôles et l'adaptation à une société polydramatique. On demeure à la surface d'un contenu psychique direct. Ne renvoie pas aux couches profondes.
Concepts principaux	Sur les bases souvent d'un modèle psychodynamique -Jeu -Espace transitionnel -Créativité -Théâtre -Interprétation intégrée dans la mise en scène -Mémoire des émotions	-Rôle improvisé=moi -Patrons récurrents émergent dans le jeu -Interprétation plus directe	Inspiré initialement du modèle psychodynamique -Valeur implicite du texte -Intensité affective authentique -Texte est riche en image et en émotions	-Spontanéité -Expression de soi est cathartique	Modèle psychodynamique	Plutôt comportemental ou humaniste -Rôles sociaux

ÉLÉMENTS	ATELIER THÉÂTRAL	DRAMA THERAPY	EXPRESSION SCÉNIQUE	PSYCHODRAME MORÉNIEN	PSYCHODRAME ANALYTIQUE	JEU DE RÔLE
Clientèle	Exclus: névrose obsessionnelle grave, psychose délirante chronique, schizophrénie au stade aigu, démence	Toutes les clientèles moins disponibles à la thérapie verbale	∅	∅	-Très utilisé avec enfants et adolescents aux pathologies variées -Réticence: paranoïa (sauf érotomanie), dépression mélancolique et exhibitionnisme	∅
Déroulement	-Comparable à celui d'une troupe régulière, avec répétitions puis représentation -Une séance comprend le réchauffement, des ateliers de théâtre et la mise en scène	-Exercices d'expression dramatique; improvisations; retour sur ces impro; reprise -Relations sociales centrées sur celles du groupe	-Premières séances: formation d'acteur -Choix des textes puis travail sur ceux-ci	-Échauffement; thème choisi par les protagonistes et distribution des rôles; jeu; retour; reprises; réflexions sur le jeu	Comparable au déroulement du psychodrame morénien	Les situations improvisées appartiennent au social. -Choix du thème; distribution des rôles; jeu; retour avec réflexions sur les solutions aux difficultés rencontrées; reprise; devoir possible
Durée	De 2 à 9 mois	∅	Thérapie brève	∅	∅	∅
Format	Groupe	Groupe	Ind. ou groupe	Groupe	Groupe	Ind. ou groupe
Jeu	Il est véritable, avec action. Constitution détaillée d'un personnage	Il est véritable, avec action. Constitution sommaire d'un personnage; peut être son propre rôle	Action limitée à ce que permet un "travail de table"	L'action est véritable. Pas de création d'un personnage.	L'action est véritable. Pas de création d'un personnage.	L'action est véritable. Pas de création d'un personnage.
Costume, accessoire et décors	Présents. Les costumes et accessoires surviennent tôt dans les répétitions.	Accessoires possibles	Non	Possible	Possible	Exceptionnel
Représentation devant public	Nécessaire	Rare, quoique possible	Non	Oui, mais de façon informelle	Non	Non

ÉLÉMENTS	ATELIER THÉÂTRAL	DRAMA THERAPY	EXPRESSION SCÉNIQUE	PSYCHODRAME MORÉNIEN	PSYCHODRAME ANALYTIQUE	JEU DE RÔLE
Autres	Mode d'expression le plus large	∅	Méthode créée par la collaboration d'un artiste et d'un psychiatre. Synonyme: scénothérapie	Emploi de diverses techniques précises	Emploi de diverses techniques précises, colorées du modèle	∅
Auteurs	Attigui, 1993; Broustra, 1987, 1996; Thoret et Attigui, 1994	Johnson, 1982; Landy, 1983, 1990	Dars et Benoît, 1973	Matisson, 1973	Anzieu, <i>Le psychodrame psychanalytique</i> , 1981; Kestenberg et Jeammet, 1987	Codron, 1980

Annexe B

Liste des catégories de la « MCRO » retenues pour l'analyse

DIMENSIONS du MODÈLE	DOMAINES du MODÈLE
<p>SOCIOCULTURELLE</p> <p>Gestion des rôles sociaux Habiletés d'interrelation Habiletés sociales Rapports familiaux Amitié Participation aux activités communautaires Langage Valeurs et croyances culturelles <i>Interaction avec des groupes marginaux⁴</i> Interaction dyadique Interactions en groupe <i>Approbation du public</i> <i>Perception supposée qu'à l'autre d'elle</i> <i>Rapport avec le thérapeute</i></p>	<p>OCCUPATIONS RELIÉES AUX SOINS PERSONNELS</p> <p>ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE Gestion des tâches domestiques Utilisation de l'information sur les ressources Gestion du logement Transport Prise de rendez-vous Activités bancaires Emplettes Gestion budgétaire Préparation des repas</p>
<p>SPIRITUELLE</p> <p>Sentiment de motivation interne Sentiment de valeur pers. ou perte d'identité Ensemble de croyances et système de valeurs <i>Sentiment de supériorité/infériorité</i> <i>Besoin</i> <i>Préoccupations d'avenir</i></p>	<p>OCCUPATIONS RELIÉES AUX ACTIVITÉS PRODUCTIVES</p> <p>Éducation Travail de transition Travail rémunéré Bénévolat Aide familiale non rémunérée Soins non rémunérés Garde d'enfants non rémunérés</p>
	<p>OCCUPATIONS RELIÉES AUX LOISIRS</p> <p>Spectacles Loisirs Sports Activités créatrices Visites Soin d'animaux domestiques Utilisation des ressources communautaires Utilisation du temps libre Théâtre</p>

⁴ Les catégories écrites en italique ont été ajoutées à celles du Modèle, à la suite des premières lectures des verbatims par les trois évaluateurs. Elles s'avéraient pouvoir mieux regrouper certaines unités discursives, allégeant par le fait même la catégorie « Autre ».

Annexe C

Version française du *Social interaction test* de Trower, Bryant et Argyle (1978)

VERSION PARTIELLE⁵ FRANÇAISE DU SOCIAL INTERACTION TEST (TROWER, BRYANT ET ARGYLE, 1978)
Présentation inédite⁶ de l'outil

Traduction non validée, réalisée par France Fleury, Micheline H. Marazzani et Jean-François Saucier

Enregistrement _____ Observateur: _____
 Sujet observé: _____
 Date(s) de l'observation: _____ Durée de l'observation: _____

HORS JEU		CRITERES D'OBSERVATION		EN JEU	
		QUALITÉ DE LA VOIX			
		1. VOLUME			
0		normal		0	
1a		réduit mais audible sans difficulté		1a	
1b		plutôt fort mais pas déplaisant		1b	
2a		trop faible et difficile à entendre		2a	
2b		trop fort et plutôt déplaisant		2b	
3a		anormalement faible et souvent inaudible		3a	
3b		anormalement fort et déplaisant		3b	
4a		inaudible		4a	
4b		extrêmement fort (crie)		4b	

⁵ L'outil original contient 29 éléments spécifiques à évaluer, tandis qu'il en demeure 19 dans cette version. Les dix éléments qui n'ont pas été conservés pour l'analyse des comportements s'étaient avérés non pertinents en regard des intérêts de la présente recherche.

⁶ Cette présentation fut réalisée pour aider la prise de notes et conserver tous les indices ayant inspiré les cotations.

<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p style="text-align: center;">4. ORIENTATION</p> <p>orientation normale pour une interaction générale/personnelle</p> <p>tourné légèrement mais sans impression négative</p> <p>trop tourné - impression négative</p> <p>orientation anormale - angle de 90°</p> <p>complètement tourné - angle supérieur à 90°</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>0</p> <p>1a</p> <p>1b</p> <p>2a</p> <p>2b</p> <p>3a</p> <p>3b</p> <p>4a</p> <p>4b</p>	<p style="text-align: center;">5. REGARD</p> <p>regard normal en fréquence et en pattern</p> <p>tend à éviter le regard, mais sans impression négative</p> <p>tend à regarder avec insistance, mais sans impression négative</p> <p>regarde trop peu - impression négative</p> <p>regarde trop - impression négative</p> <p>regard anormalement rare - peu gratifiant</p> <p>regard anormalement fréquent - déplaisant</p> <p>regard complètement évitant - très peu gratifiant</p> <p>regard continuellement fixe - très déplaisant</p>	<p>0</p> <p>1a</p> <p>1b</p> <p>2a</p> <p>2b</p> <p>3a</p> <p>3b</p> <p>4a</p> <p>4b</p>

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>6. GESTUELLE</p> <p>quantité et variété normales de gestes</p> <p>emploi limité de geste mais sans impression négative</p> <p>emploi de geste trop limité en fréquence et en diversité - impression négative</p> <p>emploi anormalement limité de geste, en fréquence et diversité - peu gratifiant</p> <p>jamais de geste - très peu gratifiant</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>7. GESTES AUTISTIQUES</p> <p>quantité négligeable de gestes autistiques</p> <p>niveau notable de gestes autistiques mais sans impression négative</p> <p>trop de gestes autistiques - impression négative</p> <p>quantité anormale de gestes autistiques - embarrassant, énervant</p> <p>gestes autistiques extrêmement fréquents - extrêmement embarrassant, énervant</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>HORS JEU</p>		<p>CONVERSATION</p>		<p>EN JEU</p>
		<p>8. DUREE (EXCLUANT LES PAUSES)</p> <p>Calculer la durée du discours et le nombre d'interventions</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<hr/>	0 1a 1b 2a 2b 3a 3b 4a 4b	<p style="text-align: center;">13. COORDINATION</p> <p style="text-align: center;">coordination normale</p> réponses retardées mais sans impression négative s'interrompt occasionnellement mais sans impression négative réponses trop retardées - impression négative plutôt trop d'interruptions - impression négative réponses anormalement retardées - déplaisant fréquence anormale ou longues interruptions - contraignant réponses extrêmement retardées - très déplaisant interruptions extrêmement fréquentes ou longues - très contraignant	0 1a 1b 2a 2b 3a 3b 4a 4b	<hr/>
<hr/>	0 1a 1b 2a 2b 3a 3b 4a 4b	<p style="text-align: center;">14. PRENDRE LE PLANCHER</p> normal tend à offrir ou à prendre le plancher peu fréquemment, mais sans impression négative offre ou prend le plancher fréquemment mais sans impression négative offre ou prend spontanément le plancher très rarement - impression négative offre ou prend le plancher trop fréquemment - impression négative offre ou prend spontanément le plancher de façon anormalement rare - ennuyant offre ou prend le plancher de façon anormalement fréquente - irritant n'offre jamais ou ne prend jamais spontanément le plancher - très ennuyant offre ou prend continuellement le plancher - très irritant	0 1a 1b 2a 2b 3a 3b 4a 4b	<hr/>

<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0</p> <p>1a</p> <p>1b</p> <p>2a</p> <p>2b</p> <p>3a</p> <p>3b</p> <p>4a</p> <p>4b</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>15. QUESTIONS</p> <p>emploi normal de questions variées</p> <p>peu de questions ou peu de questions variées mais sans impression négative</p> <p>emploi fréquent de questions mais sans impression négative</p> <p>trop peu de questions ou trop peu variées - impression négative</p> <p>questions trop fréquentes - impression négative</p> <p>questions anormalement rares ou anormalement peu variées - peu valable</p> <p>questions anormalement fréquentes - déplaisant</p> <p>ne pose jamais de questions - très peu valable</p> <p>pose continuellement des questions - très déplaisant</p>	<p>0</p> <p>1a</p> <p>1b</p> <p>2a</p> <p>2b</p> <p>3a</p> <p>3b</p> <p>4a</p> <p>4b</p>
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>16. ROUTINES SOUTENANTES</p> <p>emploi normal de routines principales</p> <p>emploi peu de routines mais sans impression négative</p> <p>importantes routines réalisées trop peu fréquemment et inadéquatement - impression négative</p> <p>routines importantes omises - déplaisant</p> <p>routines essentielles omises - très déplaisant</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>

19. ROUTINES SPECIFIQUES AUX SITUATIONS	
0	comportement normalement indiqué
1	quelques transgressions mineures des règles associées à la situation, sans impression négative
2	transgressions mineures fréquentes des règles associées à la situation - impression négative
3	quelques transgressions majeures des règles associées à la situation - déplaisant
4	transgressions majeures fréquentes des règles associées à la situation

IMPRESSIONS GÉNÉRALES	
Chaleureux/sympathique	1 2 3 4 5 6 7 froid/antipathique
Supérieur/dominant	1 2 3 4 5 6 7 inférieur/soumis
Anxieux socialement	1 2 3 4 5 6 7 détendu
Heureux	1 2 3 4 5 6 7 triste
Reconnaisant	1 2 3 4 5 6 7 non reconnaissant
Contrôlant	1 2 3 4 5 6 7 non contrôlant
Féminin	1 2 3 4 5 6 7 masculin
Attrayant	1 2 3 4 5 6 7 non attrayant
Équilibré	1 2 3 4 5 6 7 maladroit
Passif	1 2 3 4 5 6 7 actif
Difficile	1 2 3 4 5 6 7 facile
Émotif	1 2 3 4 5 6 7 neutre
Socialement habile	1 2 3 4 5 6 7 socialement peu habile

Annexe D

Étapes successives de la réduction des données concernant les changements dans les habiletés sociales

Résultats et synthèse des observations tirées des enregistrements audiovisuels

Tableau V
Variation des résultats chiffrés tirés des enregistrements audiovisuels
selon que l'individu est en jeu ou hors jeu (Grille de Trower et *a/*)

S 1

ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES	HORS JEU			EN JEU		
	Moment 1	Moment 2	Δ^7	Moment 1	Moment 2	Δ
Volume	1a	0	+	0	1a	-
Clarté	2a	1a	+	1a	1b	=
Proximité	-	0-1b	/	0	2b	-
Orientation corps	0	1	-	1	2	-
Regard	2b	1a-1b	+	1b	1a-2a	+
Gestuelle	2	1	+	1	2	-
Gestes autistiques	1	1	=	1	3	-
Humour	-	1	/	2	-	/
Grammaire non-verbale	2	1	+	1	2	-
Coordination	2a	1a	+	0 à 2a	1a	=
Prendre le plancher	3a	2a	+	2a	-	/
Questions	-	1a	/	-	-	/
Routines d'affirmation	2a	1a	+	2a	-	/
Comp. en public	-	0	/	-	-	/
Routines spécifiques	2	3	-	2	3	-

SYNTHÈSE DES VARIATIONS	HORS JEU	EN JEU
	8+, 2-, 1=, 4/	1+, 7-, 2=, 5/

⁷ LÉGENDE:

+ : Amélioration; - : Diminution; = : Stabilité; / : non applicable

S 2

ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES	HORS JEU			EN JEU		
	Moment 1	Moment 2	Δ	Moment 1	Moment 2	Δ
Volume	1a	0	+	1a	0	+
Clarté	1a	1a	=	1a	1a	=
Proximité	-	0	/	-	0	/
Orientation corps	1	0	+	0	0	=
Regard	0	0	=	0	0	=
Gestuelle	1	0	+	1	1	=
Gestes autistiques	0	0	=	0	0	=
Humour	0	0	=	0	0	=
Grammaire non-verbale	0	0	=	0	2	-
Coordination	0	0	=	1a	0	+
Prendre le plancher	1a	0	+	1a	0	+
Questions	1a	1a	=	-	-	/
Routines d'affirmation	1a	0	+	-	-	/
Comp. en public	0	0	=	-	-	/
Routines spécifiques	0	0	=	2	2	=

SYNTHÈSE	HORS JEU	EN JEU
	5+, 9=, 1/	3+, 1-, 7=, 4/

S 3

ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES	HORS JEU			EN JEU		
	Moment 1	Moment 2	Δ	Moment 1	Moment 2	Δ
Volume	0	0	=	1b	0	+
Clarté	0	0	=	0	0	=
Proximité	0	-	/	0	0	=
Orientation corps	0	0	=	0	0	=
Regard	0	0	=	0	0	=
Gestuelle	1	0	+	1	0	+
Gestes autistiques	0	0	=	0	0	=
Humour	0	0	=	1	-	/
Grammaire non-verbale	0	-	/	0	0	=
Coordination	0	0	=	0	0	=
Prendre le plancher	1b	0	+	1b	0	+
Questions	-	0	/	-	-	/
Routines d'affirmation	0	0	=	1b	-	/
Comp. en public	0	0	=	-	0	/
Routines spécifiques	0	0	=	1	0	+

SYNTHÈSE	HORS JEU	EN JEU
	2+, 10=, 3/	4+, 7=, 4/

Tableau VI

Synthèse des variations des résultats chiffrés tirés des enregistrements audiovisuels avec mise en valeur des changements par critères d'observation (Grille de Trower et *a/*)

ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES	SITE	S1 Δ	S2 Δ	S3 Δ	CHANGEMENT +&-
Volume	Hors jeu	+	+	=	2+
	En jeu	-	+	+	2+
Clarté	Hors jeu	+	=	=	1+
	En jeu	=	=	=	Ø
Proximité	Hors jeu	/	/	/	Ø
	En jeu	-	/	=	1-
Orientation corps	Hors jeu	-	+	=	1+, 1-
	En jeu	-	=	=	1-
Regard	Hors jeu	+	=	=	1+
	En jeu	+	=	=	1+
Gestuelle	Hors jeu	+	+	+	3+
	En jeu	-	=	+	1+, 1-
Gestes autistiques	Hors jeu	=	=	=	Ø
	En jeu	-	=	=	1-
Humour	Hors jeu	/	=	=	Ø
	En jeu	/	=	/	Ø
Gramm non-verbale	Hors jeu	+	=	/	1+
	En jeu	-	-	=	2-
Coordination	Hors jeu	+	=	=	1+
	En jeu	=	+	=	1+
Prendre le plancher	Hors jeu	+	+	+	3+
	En jeu	/	+	+	2+
Questions	Hors jeu	/	=	/	Ø
	En jeu	/	/	/	Ø
Routines d'affirmation	Hors jeu	+	+	=	2+
	En jeu	/	/	/	Ø
Comp. en public	Hors jeu	/	=	=	Ø
	En jeu	/	/	/	Ø
Routines spécifiques	Hors jeu	-	=	=	1-
	En jeu	-	=	+	1+, 1-

Tableau VII
 Changements dans les *Éléments spécifiques*
 signifiés dans les notes écrites des évaluateurs

ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES	S1		S2		S3	
	HORS JEU	EN JEU	HORS JEU	EN JEU	HORS JEU	EN JEU
Volume						- On ne remarque plus une voix si aiguë au final.
Clarté	- Absence, au final, de commentaires concernant le marmonnage et l'articulation	- D'une articulation mauvaise à une tendance à surarticuler				
Proximité		- Trop rapprochée au final				
Orientation corps	- Moins adéquate au final. - Au final, rotation par "à coup" de la tête en suivant une conversation.	- Diminution de l'adéquation de l'orientation du corps. - Stabilité dans l'inadéquat de son orientation p/r au public.				
Regard	- D'un regard trop fixe à une tendance à la fixité. - Regard et sourire plus rigides à l'initial.	- D'un regard insistant à l'initial à l'évitement noté au final.				
Gestuelle	- Rigidité et fermeture de la posture plus marquée à l'initial et plus marquée en début de rencontre finale.	- Diminution de l'emploi des gestes au final, due peut-être à la présence du texte. - Marche plus statique en fin de rencontre pour un même personnage.	- Diminution de la fluidité en cours de séance, comparable de l'initial au final.	- Plus de variété de gestes au final	- Plus de gestes en cours de rencontre à l'initial	- Plus de gestes en cours de rencontre à l'initial, plus expressifs
Gestes autistiques	- Plus de gestes autistiques au final, mais sans impression	- Moins de gestes autistiques en jeu que hors jeu à l'initial. Plus	- Montre des signes de fatigue au final			- Diminution des gestes de nervosité

ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES	S1		S2		S3	
	HORS JEU	EN JEU	HORS JEU	EN JEU	HORS JEU	EN JEU
	négative	toutefois au final avec impression embarrassante				
Humour	- Marques d'humour présentes au final, quoique à un moment inadéquat					- Baisse au final de l'impression de contrariété face à l'humour décelée à l'initial
Grammaire non-verbale Grammaire non-verbale (suite)	- Amélioration de l'accompagnement non-verbal du discours au final, plus notable en fin de période	- Diminution de cet accompagnement (texte en main)		- Expression de l'agacement difficile à l'initial - Au final, difficulté à porter un geste d'aide, à accompagner son discours du geste approprié.		
Coordination	- Meilleure coordination	- À l'initial, coordination normale en contexte de jeu improvisé; déficit dans les exercices, en lien avec les consignes. - Présence comparable au final de manque de coordination associé à des consignes. Coordination plus variable à l'initial (variété des exercices?)				
Prendre le plancher	- Prend plus le plancher	- Ne prend pas, au final, le plancher comme son personnage le permet				
Questions					- Demandes faites au final sur l'organisation de l'activité	

ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES	S1		S2		S3	
	HORS JEU	EN JEU	HORS JEU	EN JEU	HORS JEU	EN JEU
					(technique). Prend la peine de reformuler pour s'assurer de sa compréhension (pour se sécuriser?)	
Routines d'affirmation			- Propose une idée d'amélioration au final			
Routines spécifiques	- Plus de transgressions au final; celles-ci se rapportent à des explications et consignes données par le m.e.s., et consignes reliées à la scène et aux conventions théâtrales	- Plus de transgressions au final, associées à l'oubli de consignes de jeu et aux conventions théâtrales. Décrochage du jeu		- Plus de décrochages au final en cours de jeu. Fatigue?	- Quoique normal, comportement mieux indiqué au final.	- Meilleur souvenir des consignes au final
Autre	- Initial: plus dynamique en jeu que hors jeu - Final: Corps plus expressif, plus souple hors jeu en fin de rencontre. - Variation de son attitude entre le début et la fin de la rencontre finale	- Final: réussit un exercice raté à l'initial. Lecture du texte donne indice qu'elle ne le comprend pas. Attentive aux rires de Alain en coulisse (décrochage)	- Prend la préparation au sérieux au final	- Plaisir évident en jeu - Répertoire de geste limité dans la prise de contact à l'autre.		- Initial: jeu plus dynamique en cours de session; perd la distance avec son personnage, pour arriver à en rire ensuite; économie de gestes dans exercice sur les affects; tend à prendre le contrôle en jeu; démontre initiative en jouant. - Final: Tendance stable à prendre le contrôle en jeu; moins de marques d'impatience

ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES	S1		S2		S3	
	HORS JEU	EN JEU	HORS JEU	EN JEU	HORS JEU	EN JEU
						pr à S2; a fair maîtresse d'elle-même, concentrée à la tâche

Tableau VIII

Synthèse des changements dans les *Éléments spécifiques*
signifiés dans les notes écrites des évaluateurs

ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES	S1		S2		S3	
	HORS JEU	EN JEU	HORS JEU	EN JEU	HORS JEU	EN JEU
Comportement verbal						- Voix moins aiguë au final: indice de diminution des pulsions agressives
Comportement non-verbal	<u>Gestuelle</u> Rigidité et fermeture de la posture plus marquée à l'initial et plus marquée en début de rencontre finale.	<u>Gestuelle</u> Marche plus statique en fin de rencontre pour un même personnage. <u>G. autistiques</u> Moins de gestes autistiques en jeu que hors jeu à l'initial. Plus toutefois au final en jeu (jeu fermé)	<u>Gestuelle</u> Diminution de la fluidité en cours de séance, comparable de l'initial au final: indice de fatigue <u>G. autistiques</u> Gestes montrent indices de fatigue	<u>Gestuelle</u> Plus de variété de gestes au final	<u>Gestuelle</u> Plus de gestes en cours de rencontre à l'initial	<u>Gestuelle</u> Plus de gestes en cours de rencontre à l'initial, plus expressifs
Conversation	<u>Grammaire non-verbale</u> Amélioration de l'accompagnement non-verbal du discours au final, plus notable en fin de période <u>Routines spécifiques</u> Transgressions au final se rapportent aux consignes et règles propres au cadre	<u>Prendre le plancher</u> Ne prend pas, au final, le plancher comme son personnage le permet: indice de l'absence de jeu. Prend plus de place hors jeu. <u>Routines spécifiques</u> Idem au hors jeu		<u>Routines spécifiques</u> Plus de décrochages au final: indice de fatigue		<u>Humour</u> Attitude dénote plus de souplesse, moins de contrariété, au final pr aux diversions

Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> -Variations de son état en cours de séance finale: HJ plutôt positive; EJ plutôt négative - Final: Corps plus expressif, plus souple hors jeu en fin de rencontre - Le jeu n'apparaît pas exister pour Annie. Pas de distance jeu-hors jeu. Impression confirmée par son oubli constant du public et absence de prise de place sur scène, de permission. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaisir évident en jeu - Décrochages fréquents: difficulté à entrer en jeu dans ce contexte structuré qu'est la mise en scène, le texte? Ou problème avec le texte (insécurité)? Ou fatigue? 	<ul style="list-style-type: none"> - Initial: jeu plus dynamique en cours de session - Preuves d'augmentation de sa capacité d'adaptation; diminution des pulsions agressives p/r à l'autre car arrive à mieux s'en distancier. Fragilité persiste probablement en contexte pau structuré.
------------	--	---	--

Tableau IX

Résultats et synthèse des *Impressions générales* des évaluateurs**S1**

1	2	3	4	5	6	7	Moment 1	Moment 2	Valeur de l'écart
Chaleureux / sympathique				Froid / antipathique			4.5	4.5	=
Supérieur / dominant				Inférieur / soumis			4.5	4.5	=
Détendu				Anxieux socialement			6.0	5.0	+
Heureux				Triste			5.0	4.0	+
Reconnaisant				Non reconnaissant			6.5	6.0	+
Non contrôlant				Contrôlant			1.5	1.5	=
Attrayant				Non attrayant			5.5	5.5	=
Équilibré				Maladroit			6.5	6.0	+
Actif				Passif			6.0	6.0	=
Facile				Difficile			6.0	6.5	-
Neutre				Émotif			1.5	1.5	=
Socialement habile				Socialement peu habile			6.5	6.5	=
SOMMATION									4+, 1-, 7=

S2

1	2	3	4	5	6	7	Moment 1	Moment 2	Valeur de l'écart
Chaleureux / sympathique				Froid / antipathique			1.5	1.5	=
Supérieur / dominant				Inférieur / soumis			5.0	5.0	=
Détendu				Anxieux socialement			2.0	4.5	-
Heureux				Triste			2.5	2.0	+
Reconnaisant				Non reconnaissant			1.5	2.0	-
Non contrôlant				Contrôlant			1.5	1.5	=
Attrayant				Non attrayant			2.0	2.0	=
Équilibré				Maladroit			4.5	5.0	-
Actif				Passif			4.5	2.5	+
Facile				Difficile			1.0	1.5	-
Neutre				Émotif			3.5	3.5	=
Socialement habile				Socialement peu habile			3.0	2.5	+
SOMMATION									3+, 4-, 5=

S3

1	2	3	4	5	6	7	Moment 1	Moment 2	Valeur de l'écart
Chaleureux / sympathique				Froid / antipathique			2.5	2.5	=
Supérieur / dominant				Inférieur / soumis			2.0	3.5	-
Détendu				Anxieux socialement			3.0	1.5	+
Heureux				Triste			2.5	2.0	+
Reconnaisant				Non reconnaissant			1.5	1.5	=
Non contrôlant				Contrôlant			5.5	2.0	+
Attrayant				Non attrayant			3.0	2.0	+
Équilibré				Maladroit			2.0	1.5	+
Actif				Passif			1.5	1.5	=
Facile				Difficile			2.5	1.5	+
Neutre				Émotif			6.5	5.5	+
Socialement habile				Socialement peu habile			2.5	1.5	+
SOMMATION									8+, 1-, 3=

Résultats et synthèse des observations des proches

Tableau X
 Changements observés par les proches dans les habiletés sociales,
 signifiés dans les entrevues semi-structurées

Catégories tirées des verbatims	S1	S2	S3	Synthèse
Relations en général (perception de l'ensemble)	- Expression plus marquée de ses émotions	- Reconnaissance de l'amélioration de ses habiletés relationnelles	- Perception énoncée au final de la difficulté de sortir et de rencontrer des connaissances - Entrée en relation facilitée par le biais d'un médium, signifié au final - Diminution de son impulsivité: "monter sur ses grand chevaux"	Changements variables d'un individu à l'autre dénotant plus de capacité d'échange
Relations particulières (perception de leur relation, ou avec d'autres proches)	- Relation mère-fille vécue plus difficilement (agacement, tristesse, avoir à toujours recommencer) - Évolution du discours, de "petite fille" à l'initial, à début de l'adolescence puis avant d'être femme au final - Plus de démonstration, au final, du rôle assumé d'adolescente révoltée - Sommaton, depuis l'initial, d'indices de distanciation des parents - Passage dans le discours d'un rôle de mère-protectrice à un rôle de mère-autonomisante - Implication du père précisée au final - Sommaton depuis l'initial de confrontations à la réalité faites notamment par les parents	- Expression de la confiance en ses capacités marquée au final - Définition de lui plus élogieuse au final - Amélioration de ses habiletés de communication au final, détaillée quant à une expression personnelle plus émotive. - Diminution du discours perçu comme désagréable (thème: sexualité) - Augmentation des références faites en regard des activités communes - Les activités communes citées sont de caractère plus actif au final.	- Moins d'agacement par rapport à son jeu sur scène - Meilleure identification des habiletés, malgré la peur d'une rechute en période de tension (associée aux représentations) - Description employant des termes plus actifs au final, dénotant sa capacité à agir - Impression d'une plus grande autonomie p/r à lui, quoique le besoin d'approbation demeure stable.	<u>Sur l'individu:</u> - Pour 2, augmentation de l'expression des affects <u>Sur leur relation:</u> - Pour 2, amélioration de la reconnaissance en leurs capacités, dont celle d'agir, et amélioration de la satisfaction de la relation - Pour 1, diminution de la satisfaction de la relation

Synthèse	<p><u>Sur l'individu:</u> Expression affective plus marquée</p> <p><u>Sur leur relation:</u> Relations familiales plus difficiles avec une attitude d'opposition plus vive chez Annie et une attitude plus confrontante visant l'autonomisation de la part des parents avec indices de distanciation</p>	<p><u>Sur l'individu:</u> Amélioration de ses habiletés sociales</p> <p><u>Sur leur relation:</u> - Amélioration des rapports - Amélioration de la reconnaissance de ses capacités</p>	<p><u>Sur l'individu:</u> Changement positif dans la relation avec le monde extérieur par la médiation de l'activité artistique</p> <p><u>Sur leur relation:</u> - Amélioration des rapports - Amélioration de la reconnaissance de ses capacités</p>	<p><u>Sur l'individu:</u> Changements positifs observés dans les habiletés de communication.</p> <p><u>Sur leur relation:</u> Changements soulignés quant à la reconnaissance ou à la volonté de leur autonomisation</p>
-----------------	--	--	---	--

Tableau XI

Perception du rendement occupationnel associé aux habiletés sociales par les proches (MCRO)

SUJETS	PROBLÈMES SOCIAUX	Domaines	Rendement 1 & 2	Satisfaction 1 & 2	Changement Rendement	Changement satisfaction	SYNTHÈSE
S1	<ul style="list-style-type: none"> - Sortir plus souvent - Se faire des amis - Avoir une occupation principale - Avoir une relation amoureuse 	Loisirs	7	7	-2,25	-0,75	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution notable quant à la perception du rendement. Pas de dominante quant aux domaines. - Légère diminution de la perception de la satisfaction.
		Socialisation	6	1			
		Productivité	9	4			
		Socialisation	6	5			
S2	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir des rapports sexuels - Assumer un emploi - Rapports avec ses parents - Suivre des cours 	Socialisation	5	5	+1,0	+3,5	<ul style="list-style-type: none"> - Légère augmentation du rendement perçu. - Augmentation de la satisfaction supposée - Pas de dominante évidente
		Travail	1	1			
		Socialisation	5	3			
		Jeu/Scolaire	6	3			
				5			
S3	<ul style="list-style-type: none"> - Négocier en cas de conflit - Faire le marché - Rendre visite (ami, famille) 	Socialisation	1	4	+1,0	-0,66	<ul style="list-style-type: none"> - Légère augmentation de la perception du rendement. - Légère diminution de la satisfaction supposée - Pas de dominante
		Vie comm.	1	3			
		Socialisation	5	6			
				2			

Annexe E

Étapes successives de la réduction des données pour l'analyse de la perception de soi

Première étape de la réduction des données concernant la perception de soi

Cette première étape se résumant à un tableau d'une trentaine de pages, il n'est pas versé ici mais demeure disponible auprès du chercheur.

Tableau XII

Seconde étape de la réduction concernant la perception de soi, relevant les changements dans les dimensions entre l'entrevue initiale et finale

SUJETS/ DIMENSIONS	S1	S2	S3
DIMENSION SOCIOCULTURELLE			
HABILETÉS SOCIALES ET D'INTERRELATION	<ul style="list-style-type: none"> - Parler d'interrelation et de capacité d'être en relation soulève généralement plus d'inconfort au final. - La fuite dans des pensées sur l'antiquité est présentée à l'initial comme un moyen de défense lorsque les autres ennuiant. Le théâtre, au final, est décrit comme un moyen comparable, permettant d'éviter de se défouler sur les autres. - La description des attitudes d'échange avec les parents est décrite avec plus de précision au final. Cela dénote un sens plus critique face à ses attitudes envers ceux-ci et aux changements à apporter. - La reconnaissance de l'espace pris au sein de la vie des parents ainsi que les difficultés engendrées par son comportement est stable de l'initial au final. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de critiques et de nuances au final sur ses interactions sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a assouplissement du rapport à l'Autre (époux, gens du Carrefour). - L'humour est employé au quotidien, par le biais du théâtre, une verbalisation exclusive au moment final.
RAPPORTS FAMILIAUX	<ul style="list-style-type: none"> - À l'initial, le besoin de sortir de la maison est manifesté, ce qui n'est pas repris au final. Au contraire, il y a alors volonté de se rapprocher des parents. - On remarque au final aucun commentaire critique contre ses parents ou précisant des aspects qu'ils ont à améliorer. Un tel point avait été proposé à 	<ul style="list-style-type: none"> - La satisfaction de la relation avec la famille immédiate est plus grande au final. - Des partages avec le père sont évoqués (idée de la reprise d'une activité principale, spectacle) au final, quand ils étaient absents à l'initial. - Il y a sentiment de reconnaissance de ses 	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a un changement positif dépeint au final de la relation avec l'époux, la fille, le gendre et la fratrie. - L'impression de la reconnaissance de ses habiletés par l'époux et le gendre est énoncée au final. - À l'initial, le jeu d'une scène de ménage est présenté comme

SUJETS/ DIMENSIONS	S1	S2	S3
	<p>l'initial face auquel il y avait eu une vive réaction face au risque que la mère le sache.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y a une volonté exprimée au final d'individuation par rapport aux parents, ce qui rappelle le besoin souligné à l'initial de sortir. - Au final, plus aucun avis critique n'est émis en regard des parents. - Plus réactive au final aux commentaires des autres sur sa personne. - Au final, il y a affermissement ou rapprochement de la relation enfant-parent. 	<p>habiletés de la part des proches plus grand au final.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les commentaires rapportés de ceux-ci sur sa prestation au théâtre qualifient plus l'ampleur et les particularités du travail réalisé. 	<p>un moment d'emportement colérique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des verbalisations à l'initial relatant de l'agressivité par rapport à l'époux sont complètement absentes au final, allant même au contraire jusqu'à le valoriser. - D'une méthode rigide visant le rapprochement avec l'époux décrite à l'initial (aller tous les soirs à sa chambre, contre sa volonté à lui, et en revenir meurtrie pour recommencer le lendemain), elle évolue vers un rapport qui se fait sur le mode de l'humour, grâce à la médiation de la référence à son personnage. - Il y a conviction que cette production représente une preuve forte de la qualité de l'état de santé. - Le sentiment d'être mieux accepté contribue à mieux accepter les particularités de l'époux (ses silences).
AMITIÉ, INTERACTIONS DYADIQUES ET DE GROUPE	<ul style="list-style-type: none"> - Le discours sous-jacent, comparable à l'initial et au final, laisse entendre un manque quant à l'amitié, quoique rien n'y indique à quoi servirait un ami, sinon pour sortir. - Il y a évocation au final de l'intérêt pour une personne et de l'attachement au groupe théâtre, des thèmes non exprimés à l'initial. - L'évocation du besoin d'un chum disparaît au final. Ce serait pourtant le meilleur argument pour quitter la maison, un désir qui semble être éteint. 	<ul style="list-style-type: none"> - À la première hospitalisation, le contrôle de tout visage autoritaire devenait insupportable, d'où la fuite dans la souplesse du monde des itinérants, où la protection fut un temps suffisante. - L'activité, par le biais de l'apprentissage du texte, a eu comme effet de permettre une réalisation de couple commune et le rapprochement. - L'amie de coeur l'encadre, l'aide au théâtre, reconnaît ses habiletés et lui exprime son contentement, ce qui favorise la satisfaction personnelle. - Le rapport avec la femme dans sa catégorie d'âge au final est exprimé par un attrait sexué. 	<ul style="list-style-type: none"> - On remarque à l'initial un rapport avec la gent féminine enclin à la compétition et spécifié hors des murs du Carrefour. Il y a alors situation d'inconfort favorisant une distanciation avec l'Autre et rapprochement avec la figure d'autorité.
INTERACTIONS AVEC LE THÉRAPEUTE	<ul style="list-style-type: none"> - Le clinicien au théâtre n'est plus nommé comme un "support". 	<ul style="list-style-type: none"> - Au final, le clinicien est appelé "papa" en blague, copain, et est considéré comme étant au 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de moitié des rencontres chez le psychiatre et le psychologue, preuve de

SUJETS/ DIMENSIONS	S1	S2	S3
	- L'appréciation faite à l'initial du clinicien n'est plus retrouvée au final.	même niveau. - Le discours évoque plus l'interaction à l'autre au final.	sa santé psychique. - La demande d'aide, de support est moins pressante au final. - La référence à ses ressources devient au final prédominante au recours de celles des cliniciens.

DIMENSION SPIRITUELLE

BESOIN	- Le besoin d'amis n'apparaît pas utile à la guérison, soulevant le côté accessoire de la chose. - Le besoin d'apprendre à se contrôler demeure inchangé de façon significative.		- Le rapport avec les autres dénote un besoin de contact tout en préservant une distance protectrice. Cette protection s'avère utile contre le risque de l'envahissement du doute, de la tristesse, de la maladie de l'autre.
SENTIMENT DE MOTIVATION INTERNE ET DE DÉTERMINATION			- La motivation engendrée par la réaction du public est clairement signifiée au final. Il y a alors reconnaissance des habiletés de l'acteur et expression de satisfaction.
SENTIMENT DE PUISSANCE OU D'INCAPACITÉ	- Le sentiment de contrôle à l'initial n'est signifié qu'en regard des arts; pas du quotidien, ni des gens ou de sa vie en général.	- Il y a une reconnaissance de l'amélioration des capacités et de la puissance (confiance, valorisation), tout en identifiant des limites. - La description des capacités/incapacités montre plus de nuances et de prises de conscience au final: elles sont identifiées et des solutions sont proposées.	- À l'initial, l'expression de la puissance personnelle part de celle du clinicien. - La puissance est signifiée à plusieurs reprises au final par l'augmentation de la confiance en elle, ce qui a des répercussions sur ses activités quotidiennes et sa capacité de gérer des situations imprévues désagréables. - La puissance est démontrée aussi par l'assouplissement des défenses et l'emploi de l'humour. - Il y a un pas supplémentaire dans son individuation par rapport au Carrefour et à sa clientèle « malade »; annonce d'une séparation en train de poursuivre. - Il y a sentiment d'une confirmation de ses capacités à jouer en théâtre, venue du public et de ses proches, au final. Le rêve d'un "talent" devient réalité.

SUJETS/ DIMENSIONS	S1	S2	S3
SENTIMENT DE VALEUR PERSONNELLE ET SYSTÈME DE VALEURS		<ul style="list-style-type: none">- Valeur personnelle définie principalement par l'utilité et le contact de l'autre à l'initiale seulement- Reconnaît avoir besoin d'être poussé pour arriver à quelque chose au final- Références faites à la religion catholique au final, avec nuances sur le pouvoir de Dieu sur sa vie- Énumération de ses valeurs faite en comparaison de celles de son père à l'initiale; référence non reprise au final	

Tableau XIII

Troisième étape de la réduction des données sur la perception de soi:
synthèse par dimension du rendement occupationnel

DIMENSIONS	SUJETS	RÉSULTATS		
		Caractéristiques	Changements	
SOCIOCULTUREL	Habilités sociales et d'interrelation	S1	sentiment d'inconfort	↓
		S2	conscientisation des interactions	↑
		S3	assouplissement du rapport à l'autre	↑
	Rapports familiaux	S1, S2, S3	satisfaction	↑
		S1	désir de rapprochement	↑
		S2, S3	sentiment de reconnaissance de leurs habiletés par les proches	↑
	Amitié, interactions dyadiques et de groupe	S1, S2, S3	relations amicales au groupe théâtre	↑
		S1, S2, S3	relations amicales hors du groupe	→
	Interactions avec le thérapeute	S1, S3	diminution du besoin de support clinique	
		S2	appréciation et reconnaissance du clinicien au théâtre	↑
SPIRITUEL	Besoins	S1, S2	diminution de l'identification de besoins à combler	

DIMENSIONS	SUJETS	RÉSULTATS	
		Caractéristiques	Changements
Besoins (suite)	S2	clarté de l'identification des besoins	↑
Motivation interne et détermination	S1, S2, S3	motivation à l'action	↑
Sentiment de puissance ou d'incapacité	S1	références faites à ce sentiment	↓
	S2, S3	références faites à ce sentiment	↑

Tableau XIV

Portrait sommaire et synthèse des résultats de la MCRO remplie par les sujets
(Les problèmes employés dans l'analyse sont en caractère gras.)

SUJETS	PROBLÈMES DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL	Domaines	Rendement 1 & 2	Satisfaction 1 & 2	Changement Rendement	Changement satisfaction	SYNTHÈSE
S1	<ul style="list-style-type: none"> - Se rappeler les heures de médication - Faire des activités; ennui - Former les lettres en écrivant - Suivre des cours - Rendre visite à des amis 	Soins pers.	6	10	1	7	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution: Rendement dans jeu/travail scolaire - Amélioration: toutes les autres dimensions
		Loisirs	5	7	1	8	
		Jeu/trav. scolaire	3	6	1	7	
		Jeu/trav. scolaire	7	6	1	6	
		Socialisation	7	9	6	9	
S2	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports avec les parents - Suivre des cours - Se souvenir des tâches domestiques - Faire des activités à la maison - Choisir et trouver un emploi 	Socialisation	3	7	3	6	<ul style="list-style-type: none"> - Stabilité: Rendement dans gestion domestique - Diminution: Satisfaction dans gestion domestique - Amélioration: les autres dimensions
		Jeu/trav. scolaire	4	5	3	7	
		Gestion dom.	7	7	7	6	
		Loisirs	5	7	3	7	
		Trav. rémunéré	4	6	3	7	
S3	<ul style="list-style-type: none"> - Gérer le budget avec époux - Prendre des rendez-vous - Résoudre des problèmes, négocier - Partager les tâches - Entrer dans des endroits publics 	Vie comm.	3	10	4	10	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration: toutes les dimensions
		Vie comm.	5	8	4	10	
		Socialisation	6	8	4	9	
		Gestion dom.	6	9	4	10	
		Vie comm.	3	9	4	9	

SUJETS S1 + S2 + S3	Changement positif pour tous	Changement positif pour tous	Amélioration de la perception du rendement occupationnel, moins marquée dans gestion domestique et jeu/travail scolaire
---------------------	------------------------------	------------------------------	---

Tableau XV
Réduction puis synthèse de la perception de soi dans les domaines
du rendement occupationnel, tirées des entrevues des sujets

DOMAINES	S1		S2		S3	
	Initial	Final	Initial	Final	Initial	Final
Occupations reliées aux soins personnels						
Emplettes		- Magasine avec sa mère: plaisir				- Moins d'angoisse pour aller à la pharmacie grâce au rire
Gestion tâches domestiques					- Demande plus ou moins directe de répartir les tâches avec époux	
Occupations reliées aux activités productives						
Éducation	- Retour aux études: but		- Évoque de doutes sur les intentions d'un professeur de physique dont les exigences sont associées à une des causes de la maladie	- Reconnaissance de son éducation par rapport à l'autre - Se questionne sur son retour à l'université; parle de son père - Aller en informatique est vu comme une possibilité		
Travail rémunéré				- Lui manque, quoique doute sur sa capacité à se lever le matin	- Sa profession fut une obligation au début de l'âge adulte	

DOMAINES	S1		S2		S3	
	Initial	Final	Initial	Final	Initial	Final
Occupations reliées aux loisirs						
Visites		- Besoin de "aller voir du monde"				
Activités créatives					- Confort à laisser le pouvoir à la figure d'autorité - Confiance dans le thérapeute au théâtre - Théâtre: position constante de confrontation avec autres participants. Rapports difficiles malgré médiation de l'activité (compétitivité) Relate confiance du professeur en ses capacités	
Utilisation du temps libre						- S'applaudir afin de remplacer la rencontre avec un thérapeute; se rappelle alors sa compétence, pour contrer la peur de la perdre - Dit employer les acquis de l'activité dans son quotidien

SYNTHÈSE	<i>Données insuffisantes pour tirer des conclusions</i>	<ul style="list-style-type: none">- Réflexions reliées aux activités productives plus présentes à l'entrevue finale.- Impression de reprise, de réinvestissement d'une partie mise de côté dans sa vie à cause des exigences d'alors et de la perception de son incapacité à leur répondre.- Plus d'évocation d'activités partagées avec le père.	<ul style="list-style-type: none">- Transformation du rapport à l'autorité, avec comme conséquence plus d'autonomie par rapport aux cliniciens.- Plus de facilité dans le rapport avec «l'extérieur»- Transposition des activités réalisées en thérapie dans l'environnement naturel
----------	---	---	--

Remerciements

Je souhaite signifier à mes directeurs de mémoire, Dr Jean-François Saucier et Madame Micheline H. Marazzani, ma gratitude pour leur précieux accompagnement tout au long de ce périple. Je n'aurais pas pu entreprendre une telle entreprise sans l'appui et la compréhension de mon épouse, Véronique, et de mes enfants, Nathan et Léa, que je remercie chaleureusement. L'aide apportée de même par mes parents, Maurice et Pierrette Fleury, beaux-parents et amis a grandement contribué au bon déroulement de ce projet. J'en profite pour souligner la participation appréciable de Marie-Josée Plouffe, Stéphane Mercier, Daniel et Martine Lecoeur, Colette Leboeuf, Martine Labrecque, Marie Gros et de Rolande St-Pierre, auxquels je témoigne ma reconnaissance. Enfin, je tiens à spécifier la collaboration du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, par l'intermédiaire principalement de Madame Colombe Lagacé.