

santé mentale

Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

N° 303 | DÉCEMBRE 2025



Le jeu de rôle, un outil de soin ?

6^e Congrès
19, 20 et 21 mars 2026

 institut
mimETHYS

www.mimethys.com

Les **Sables
d'Olonne**

Les Atlantes
Centre de Congrès



**De la transe
psychotraumatique
à la transe thérapeutique**
la puissance du lien

Santé mentale est une publication des éditions ACTE PRESSE, 12, rue Dupetit-Thouars, 75003 Paris.
Courriel : santementale@wanadoo.fr
Internet : www.santementale.fr
Tél. : 01 42 77 52 77 ; fax : 01 42 77 52 37.
N° de commission paritaire : 0327T81361
N° ISSN : 1273-7208 (imprimé)
N° ISSN : 2678-4416 (en ligne)
Prix au numéro : 27 euros (hors frais de port).
Revue indexée avec le thesaurus Santeopsy du réseau Ascodocpsy.

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION
Isabelle Lolivier

RÉDACTRICE EN CHEF
Isabelle Lolivier - 01 42 77 55 30

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dominique Friard

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION
Valérie Westphal - Susie Bourquin
01 42 77 55 32

RÉDACTION
Valérie Westphal, Susie Bourquin (Actualités)
Dominique Friard (Lu quelque part)
Virginie de Meulder (Les petits bonheurs du soin)
Ascodocpsy (Pour en savoir plus)
Lucille Moutet, Caroline Lacaze, Pauline Horth (indexation des articles)

PUBLICITÉ
Béatrice Bertelli - 01 42 77 55 31

ABONNEMENTS
Muriel Raude - 01 42 77 52 77

CRÉATION GRAPHIQUE
Laëtitia Loas, Mamma Mia Design

MAQUETTE
Brigitte Ourlin

IMPRESSION
Imprimerie de Compiègne,
60205 Compiègne

COMITÉ DE RÉDACTION
F. Mousson, M. Jaeger, Y. Gigou, J.-F. Lévêque, R. Isnard, P. Arene, J. Morin, J.-P. Le Guen, M. Castagna, M. Rajablat, X. Frégosi, S. Szerman, M.-P. Reynaud, V. Kapsambelis, J. Szpírkó, V. Di Rocco.

COMITÉ SCIENTIFIQUE
Dr G. Massé (psychiatre),
Dr P. Bailly-Salin (psychiatre),
F. Pétoin (IG psy-ADI),
D. Feuille (IG, AP-HP),
J. L. Gérard (cadre inf. psy, formateur),
J.-M. Evain (IG psy),
W. Hesbeen (IG-ENSP),
J. Martinez (directeur d'hôpital),
G. Laroque (Unafam),
Dr C. Bonnet (Féd. Croix-Marine),
J. Lombard (FNAP-PSY),
M. Bretin-Naquet (maître de conférences),
Pr. E. Zarifian † (psychiatre)

Illustration de couverture © Franck Chartron.



© Franck Chartron.

Sommaire 303

Le jeu de rôle, un outil de soin ?

21 Dossier

22 **Jeu de rôle : du divertissement au soin**
Corentin Boulay

30 **Psychodrame ou jeu de rôle ?**
Corinne Gal

36 **Le jeu de rôle, un laboratoire du lien social**
Jérôme Favrod, Alexandra Nguyen, Armando Brana, Alban Ismailaj, Shyrette Rexhaj

42 **Apprendre à s'affirmer avec le jeu de rôle**
Nicolas Duchesne

48 **De la richesse pédagogique du jeu de rôle**
Dominique Friard

54 **Poser des limites grâce au micro-jeu de rôle**
Pierre de Bérail

58 **Un jeu de rôle sur la psychose émergente**
Jonathan Pionnier

64 **Le jeu de rôle pour cultiver l'autocompassion**
Marine Bondel, Antony Robin

70 **Pour en savoir plus**

2 Actualités

- Les 3-5 ans parlent de leur santé mentale
- Dépression : la piste du nerf vague
- Psychose et altération du binding

6 Initiatives

- Top chauffe : un tournoi culinaire en psychiatrie
- Quand l'architecture soigne

8 Agenda

10 Lu quelque part

11 Ma santé psy au travail

Quand l'idéal soignant fait souffrir...

12 Les petits bonheurs du soin

Pousser la porte du CMP...

13 En librairie

14 Art de soigner

Deuil périnatal et photographie post-mortem

20 Classique du soin

Le jeu des trois figures en classes maternelles

72 Petites annonces

UN AVOCAT POUR CHAQUE ENFANT SOUS MESURE D'ASSISTANCE ÉDUCATIVE

L'Assemblée nationale a voté à l'unanimité en faveur d'une loi pour garantir la présence d'un avocat à chaque enfant placé ou suivi par les services sociaux, quels que soient son âge et son degré de discernement. « *L'ambition est d'assurer une meilleure défense et une meilleure représentation de chaque enfant* », a souligné Stéphanie Rist, ministre de la Santé. Le texte, examiné en première lecture, va désormais poursuivre son chemin parlementaire.

■ Retrouvez la proposition de loi sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

BURN-OUT, QUID DU RETOUR AU TRAVAIL ?

La Haute Autorité de santé (HAS) a actualisé ses recommandations sur le burn-out et précisé les modalités de l'accompagnement des personnes pour un retour au travail après leur rétablissement. L'instance sanitaire évoque l'importance d'une réorganisation de l'environnement et du temps de travail, et rappelle que cette étape constitue un facteur de reconstruction et de protection de la santé mentale.

■ Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, HAS, mars 2017 (mise à jour : octobre 2025).

ÉTUDES D'INFIRMIÈRES : UNIVERSITARISATION

Le Comité d'entente des formations infirmières et cadres (Cefiec) présente les résultats d'une enquête sur l'avancement de l'universitarisation des Instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi). Si la dynamique est visible (66,7 % des établissements ont déjà engagé une coconstruction avec leurs partenaires universitaires), des disparités territoriales perdurent et des besoins massifs en pilotage, en cadrage réglementaire et en moyens sont pointés.

■ Communiqué du Cefiec, 4 décembre 2025.

RECUEILLIR ET DIFFUSER L'EXPERIENCE DU TROUBLE PSYCHIQUE

Le Programme Papageno diffuse un guide de bonnes pratiques pour le recueil et la diffusion d'expériences vécues par des personnes vivant avec un trouble psychique. Il pose des recommandations qui permettent de s'assurer d'un consentement libre et éclairé, d'adopter un cadre éthique, de sécuriser le cadre d'entretien et de respecter la temporalité et les émotions. Le partage de récit peut avoir un effet protecteur et soutenir d'autres personnes confrontées à des idées suicidaires.

■ Recommandations de bonnes pratiques <https://papageno-suicide.com/>

Les 3-5 ans parlent de santé mentale

RECHERCHE. Une étude pilote vise à montrer qu'en libérant la parole des 3-5 ans sur leurs émotions, on peut agir précocement sur leur santé mentale.



© Unicef-France

Charlotte Coudronnière et Fabien Bacro, deux enseignants-chercheurs nantais, sont chargés par Unicef-France d'une étude pilote sur les capacités des 3 à 5 ans à réguler leurs émotions, ce qui « *jouerait un rôle majeur dans leur santé mentale* ». Les deux chercheurs ont d'ores et déjà interrogé une vingtaine d'enfants sur une quarantaine prévue. Au-delà des nombreuses autorisations à réunir

pour questionner les tout-petits, l'étude comporte quelques contraintes méthodologiques dues à l'âge des participants.

— Les chercheurs coaniment ainsi la première séance avec l'enseignante, pour faire connaissance avec les élèves. Ils présentent un album intitulé *La couleur des émotions* et des peluches représentant la tristesse, la colère, la joie ou la peur. « *Ce support projectif permet de travailler sur les émotions, de s'assurer de la compréhension des enfants et de commencer à les interroger sur les différentes situations dans lesquelles ils les ressentent* », précise Charlotte Coudronnière.

— Lors d'une seconde séance, les chercheurs revoient les enfants par groupes de quatre pour « *les faire parler d'eux* ». Ils leur posent des questions accessibles et utilisent beaucoup les marionnettes (ce sont elles parfois qui s'adressent aux jeunes élèves) pour les amener à s'exprimer : « *Pour vous, c'est quoi un enfant qui va bien dans sa tête et dans son cœur / ou au contraire qui va mal dans sa tête et dans son cœur ?* » Les auteurs de l'étude ont « *réfléchi à des questions adaptées à leurs capacités langagières et cognitives* ». Ils reformulent beaucoup ce que leur disent les enfants, sans rien induire. « *Et la parole circule* », notent-ils, tous deux convaincus « *que les 3 à 5 ans ont beaucoup de choses à dire* ».

— La 3^e séance est consacrée aux entretiens individuels. « *On montre une cible à l'enfant et grâce à des poupées, on lui demande, pour chaque émotion négative, de désigner des personnes qu'il irait voir pour obtenir du soutien. Ce jeu nous permet d'identifier le réseau d'attachement des enfants* », résumant les chercheurs qui font part d'un premier constat : « *Les enfants, dès 3 ans, sont capables de s'exprimer sur ce qui est source de difficultés pour eux. Cette étude est la preuve qu'on peut libérer leur parole et agir précocement sur leur santé mentale* ». Premiers résultats attendus pour l'automne 2026.

■ Contacts : charlotte.coudronniere@univ-nantes.fr; fabien.bacro@univ-nantes.fr; Retrouvez l'intégralité de cet article sur santementale.fr.

Sensibiliser les policiers à la psychiatrie

Depuis avril 2024, Marine Akkaoui et Théo Duquesne, psychiatres au Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) du GHU Paris psychiatrie et neurosciences, ont mis en place une formation pour sensibiliser des agents de police à la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Les deux médecins sont partis d'une enquête menée auprès de 200 professionnels en région parisienne sur leur perception de la psychiatrie.

« *Il n'existe aucune formation sur le sujet dans leur parcours alors que pour près de 30 % des patients atteints de schizophrénie, le premier contact avec la psychiatrie se fait par l'intermédiaire des forces de l'Ordre* », souligne Marine Akkaoui. Les policiers interrogés témoignent de leurs difficultés : risque accru d'usage de la force, absence de relais ou d'orientation et persistance d'idées reçues sur la psychiatrie. « *On a utilisé ces résultats pour construire une formation au plus proche des attentes des policiers, en fonction de leurs*

interrogations et des situations auxquelles ils étaient le plus exposés sur le terrain », explique Théo Duquesne (agitation, idées suicidaires, délirantes, consommation de toxiques...). Animée par un binôme médecin/infirmier, la session dure 3 heures, avec une première partie théorique et une seconde plus pratique : « *On s'appuie sur des jeux de rôle et des mises en situation* », souligne Yannick Floch, infirmier coordinateur de la formation Police, ou bien on part de situations vécues, qui les ont mis en difficulté ».

L'objectif de cette formation très interactive est de fournir aux policiers des outils à mettre en place au quotidien pour mieux interagir avec les usagers. Un mois après la formation, l'évaluation est positive sur l'usage de la force et l'amélioration des connaissances. Face à la demande, cette formation pourrait s'étendre à tout le territoire et passer de 3 à 6 heures dans les prochains mois.

■ Contact : t.duquesne@ghu-paris.fr, m.akkauoi@ghu-paris.fr; Retrouvez l'intégralité de cet article sur santementale.fr

Dépression : la piste du nerf vague

NEUROSCIENCES. Un essai clinique de grande ampleur va évaluer les bénéfices de la stimulation du nerf vague par implant cérébral dans la dépression résistante.

Malgré une large palette de traitements – médicaments, thérapies comportementales et cognitives, ou neurostimulation non invasive – 10 à 15 % des patients souffrant de dépression restent résistants aux approches classiques (1), avec des conséquences importantes sur leur qualité de vie, et leur la vie sociale, familiale et professionnelle. Dans ce contexte, une technique innovante basée sur la stimulation du nerf vague par traitement neurochirurgical en association avec le traitement habituel est actuellement testée dans le cadre de l'essai clinique multicentrique DepVNS (pour « *dépression vagus nerve stimulator* »), coordonné par les Professeurs Philippe Domenech et Fabien Vinckier (GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences) et promu par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (APHP). Cette technique consiste à stimuler le nerf vague gauche pendant une période courte (ex : 30 s) suivie d'une période de repos (ex : 5 min), 24 heures/24. Le stimulateur implanté sous la peau au niveau de la poitrine est relié à une électrode de stimulation localisée sur le nerf vague, au niveau du cou. Un boîtier externe contrôle ce stimulateur permettant ainsi de régler différents paramètres (allumage, intensité, durée). L'effet antidépresseur de cette stimulation est lent à apparaître (6 mois à 1 an), mais, lorsqu'il survient il est très stable dans le temps et avec des résultats supérieurs à ceux attendus suite à une optimisation du traitement médicamenteux, et permet une meilleure qualité de vie (2). Il s'agit d'un traitement prophylactique à vie. Il faut remplacer la batterie une fois par 6-8 ans. « Cette stimulation a des effets multiples par l'intermédiaire du système neurovégétatif : sur l'humeur, le système digestif, ou encore le sommeil. L'intervention est simple d'une durée de 30 à 45 minutes avec peu de risques (risque anesthésique, risque infectieux, risque d'hématome) et peu d'effets indésirables. La balance bénéfice/risque pour le patient est très en faveur de l'intervention », précise Sylvie Raoul, neurochirurgienne au CHU de Nantes, centre participant à cette recherche. L'essai DepVNS concernera 166 patients, suivis pendant 24 mois. À ce stade, 69 ont été inclus dont 32 à l'Institut de neuromodulation à Sainte-Anne. Les patients sont suivis pendant 24 mois. La fin du recrutement est prévue dans 18 mois, selon le rythme d'inclusion actuel et l'ouverture des derniers centres en province.

1 – Holtzmann et al. Quelle définition pour la dépression résistante ? *Press Med* 2016 ; 45(3):323-328. 2 – Aaronson, S. T. et al. A 5-Year Observational Study of Patients With Treatment-Resistant Depression Treated With Vagus Nerve Stimulation or Treatment as Usual: Comparison of Response, Remission, and Suicidality. *Am J Psychiatr* 174, 640-648 (2017).

■ D'après les communiqués du GHU Paris psychiatrie en neurosciences et du CHU de Nantes. Pr Domenech, philippe.domenech@ghu-paris.fr



© Stocklib/Vachilavit Sanameang

UN RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS PSY POUR LA RECHERCHE

Une dizaine d'hôpitaux psychiatriques souhaitent se fédérer pour constituer un réseau des établissements psychiatriques à valence universitaire (EPVU). Cette coopération scientifique resserrée devrait faciliter leur association aux études multicentriques par le partage d'une banque des projets. Ce réseau devrait « constituer un nouvel interlocuteur privilégié des autorités publiques, de la Direction générale de l'offre de soins, ainsi que des instances nationales compétentes en matière de recherche hospitalière ». Il a également vocation à fédérer les IPA en santé mentale investis dans le champ de la recherche.

■ D'après le communiqué commun des établissements

SOUMISSION CHIMIQUE : LA RECHERCHE DE SUBSTANCE REMBOURSÉE

À partir du 1^{er} janvier, plusieurs régions vont expérimenter le remboursement des examens de biologie médicale permettant de détecter un état de soumission chimique, sans qu'il soit nécessaire de déposer une plainte au préalable. D'une durée de trois ans, cette expérimentation est issue des recommandations formulées dans le cadre de la mission gouvernementale sur la lutte contre la soumission chimique.

■ D'après le communiqué du ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées

SOINS SOUS CONTRAINTE : LE COLLÈGE MÉDICO-SOIGNANT EST-IL LÉGITIME ?

Lors d'une hospitalisation sans consentement, le collège médico-soignant, composé de professionnels qui exercent tous dans l'établissement d'accueil, est chargé d'évaluer l'état psychique du patient.

Dans ce cadre, des défenseurs des droits des usagers alertaient sur le risque « d'arbitraire » et de possibles « perpétuités psychiatriques ».

Selon le Conseil constitutionnel, ce collège reste légitime.

■ Décision n° 2025-1178 QPC du 12 décembre 2025, www.conseil-constitutionnel.fr. Voir aussi le site du Cercle de réflexion et de propositions d'action sur la psychiatrie, <https://psychiatrie.cirpa.asso.fr/>

LE DEUIL ET AU-DELÀ...

Ce numéro de *Rhizome* explore le deuil dans ses multiples dimensions : clinique, sociale, institutionnelle, culturelle et politique...

Les articles donnent à voir différentes manières de définir le deuil, de l'accompagner et de faire une place aux morts dans nos sociétés et montrent comment la perte traverse les existences, les métiers, les migrations et les précarités.

■ Le deuil et au-delà, *Rhizome*, Orspere-Samdarra, n° 95, décembre 2025 à télécharger gratuitement sur <https://orspere-samdarra.com>

Plaidoyer pour un statut unique du mineur en psy

Dans un avis paru au *Journal officiel*, la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté (CGLPL), Dominique Simonnot, dénonce le recours « massif » à l'isolement et à la contention hors de tout cadre juridique pour les mineurs hospitalisés en psychiatrie. Elle réclame la création urgente d'un statut spécifique qui doit être accompagné pour être efficace d'un « plan national de réhabilitation de la pédopsychiatrie ».

Cet avis rappelle tout d'abord le cadre actuel et les différentes situations qui peuvent conduire un enfant ou un adolescent à être hospitalisé en psychiatrie. Il pointe que malgré un arsenal juridique protecteur, les droits des jeunes patients ne sont pas respectés, en lien avec l'état de dégradation de la pédopsychiatrie mais aussi avec une approche inadaptée de certains professionnels... « Mal orientés et mal pris en charge, les mineurs se voient imposer nombre de restrictions nullement

justifiées par leur état clinique, qui peuvent résulter du fonctionnement même des unités concernées, du manque de moyens à la disposition des soignants. » L'avis rapporte ainsi des restrictions à la liberté d'aller et venir, le port imposé du pyjama, l'abandon « très fréquent » de la scolarité...

La méconnaissance des normes conduit par ailleurs certains professionnels à des dérives graves. Concernant l'isolement, l'avis mentionne ainsi le recours à des artifices de langage comme l'utilisation du terme « prescription » pour désigner une mesure que la loi qualifie expressément de « décision » ou la désignation des chambres d'isolement sous le terme de « chambre de soins intensifs », qui permettent aux professionnels de se voiler la face font passer la contrainte pour un soin.

■ Avis du 6 octobre relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale, CGLPL, *Journal officiel* du 4 décembre, www.cglpl.fr.

Santé mentale : investir dans la prévention !

Après dix semaines d'auditions et de nombreuses visites sur le terrain, la Commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et sur les coûts de ces défaillances pour la société a rendu son rapport. Ces deux champs ont en commun de « *subir une très forte augmentation des besoins de la population en même temps qu'une dégradation des conditions de prise en charge* ». Question majeure soulevée par ce rapport : comment mieux gérer les dépenses publiques et mesurer les « *coûts évités* », c'est-à-dire les économies potentielles générées par une stratégie efficace ?

En santé mentale en particulier, les rapporteurs relèvent une prise en charge « *coûteuse mais défailante* ». Face à la forte progression des troubles psychiques la réponse des pouvoirs publics paraît insuffisante, « *minée par le manque de professionnels de santé et leur répartition inégale* ». De fortes rigidités grèvent aussi les solutions de soins, et « *des formes d'accompagnement innovantes et prometteuses sont négligées, au profit d'un recours excessif à la médication et à l'hospitalisation* ». Le rapport dénonce une « *absence de stratégie* » globale et identifie « *deux défaillances structurelles* » : la complexité du système de prises en charge et l'imparfaite connaissance des besoins.

Dans ce contexte, des recommandations visent « *une véritable politique de prévention (...) précoce, adaptée et suivie* » qui doit s'appuyer sur une logique de « *coûts évités* » estimés pour la santé mentale à 163 milliards d'euros...

■ Rapport, 17 décembre, Assemblée nationale, disponible sur www.assemblee-nationale.fr

Transformer la psy grâce à la médecine de précision

Dans un article publié dans *Jama Psychiatry*, la Pr. Marion Leboyer (UPEC, AP-HP, Inserm, PEPR PROPSY, Fondation FondaMental) et un groupe de chercheurs internationaux, proposent une stratégie ambitieuse et concrète pour transformer la psychiatrie grâce à la médecine de précision et améliorer la prise en charge des patients par une approche plus personnalisée. La psychiatrie de précision cherche en effet à développer des stratégies thérapeutiques adaptées à chaque individu et envisager ainsi des traitements « *sur mesure* ». À partir de ces travaux, il deviendra ensuite possible de mesurer l'efficacité d'innovations thérapeutiques et d'accélérer la mise au point de nouveaux traitements.

■ D'après le communiqué de la fondation FondaMental, www.fondation-fondamental.org

Psychose et altération du binding

RECHERCHE. Le projet Bind vise à mieux comprendre les effets des émotions sur le processus de mémorisation dans les psychoses débutantes.



© Adobe - ISTurningART.

Des recherches récentes s'attachent à identifier les signes cliniques et cognitifs précoces retrouvés chez les personnes à haut risque clinique (CHR) de transition psychotique ou confrontées à un premier épisode psychotique (PEP), pour proposer des accompagnements ciblés et diminuer l'évolution vers une psychose chronique. Parmi eux, des freins de cognition sociale et d'intégration mnésique (ou *binding*) semblent constituer des marqueurs de vulnérabilité. Ce processus cérébral permet de regrouper les propriétés sensorielles (auditives, olfactives...), émotionnelles et spatiotemporelles d'une information pour les intégrer en mémoire. Les premières étapes du traitement de l'information sont en effet perceptives : ainsi, si je vois un objet sphérique, de couleur orange, avec une peau granuleuse je reconnais qu'il s'agit d'une orange car toutes les propriétés de ce fruit ont été liées et intégrées ensemble en mémoire lors d'une situation passée. C'est la réactivation de ces propriétés qui permet l'émergence de connaissances à ce sujet. L'émotion associée participerait ANSI à améliorer l'intégration en permettant de créer un souvenir plus précis et riche (je mangeais des oranges en vacances chez mes grands-parents ou lorsque j'ai appris une mauvaise nouvelle).

Le *binding* est donc central pour établir des liens de cause à effet à partir de nos expériences, et envisager des projets ou même des situations habituelles de la vie quotidienne de manière adaptée. ce mécanisme, qui pourrait être au cœur du trouble du spectre de la schizophrénie, a encore été peu étudié chez ces sujets à risque de psychose. C'est donc l'objet du projet de recherche Bind, porté par A. Pavard, neuropsychologue, au Vinatier psychiatrie universitaire Lyon métropole. Dans cette nouvelle étude d'une durée de deux ans, des personnes avec un profil CHR ou PEP et un groupe de sujets contrôles devront mémoriser des items neutres ou émotionnels, en présence d'une émotion contextuelle (produite par une odeur, dont l'effet émotionnel est reconnu comme intense) « neutre » ou négative. Les résultats et différences observées dans ces deux groupes permettront de mieux spécifier les troubles du *binding* chez les sujets à risque de psychose. Cette hypothèse prometteuse pourrait conduire à l'élaboration de tests neuropsychologiques d'évaluation de l'intégration mnésique et de programmes d'accompagnement en remédiation cognitive autour de la mémoire et des émotions.

1- Brewer WJ, Francey SM, Wood SJ, Jackson HJ, et al (2005). Memory impairments identified in people at ultra-high risk for psychosis who later develop first-episode psychosis. *American Journal of Psychiatry*. 162(1) : 71-8. 2- Macri A, Pavard A, Versace R. (2018). The beneficial effect of contextual emotion on memory : the role of integration. *Cognition and Emotion*. 32(6) : 1355-1361.

■ Contact : Amelie.PAVARD@ch-le-vinatier.fr. Voir aussi un article plus détaillé sur santementale.fr

Alcool : consommations en baisse mais hospitalisations en hausse

L'édition 2024 du rapport annuel de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) dresse un état des lieux des usages et du marché de l'alcool en France : on note une baisse des volumes mis en vente, un recul des consommations mais une hausse des hospitalisations et un impact sanitaire toujours important. Ces évolutions confirment une tendance de reconfiguration de la manière avec laquelle les Français consomment de l'alcool : la consommation est moins souvent quotidienne et plus souvent marquée par des comportements d'alcoolisation ponctuelle importante.

■ La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2024, OFDT, novembre 2025, www.ofdt.fr

Expérience patient et savoir expérientiel : la HAS clarifie ces notions

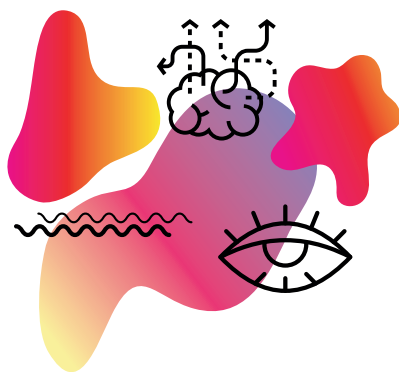
La Haute Autorité de Santé (HAS) revient sur la distinction entre les notions d'expérience patient et de savoir expérientiel à l'occasion d'un webinaire. Une fois cette distinction clarifiée, un guide incite les professionnels, à « *valoriser et reconnaître toutes les formes d'expression liées à l'expérience des personnes concernées, qu'il s'agisse d'un avis, d'une perception, d'une connaissance ou d'un savoir* », et à « *recueillir et mobiliser cette expression dans une démarche partenariale entre professionnels et personnes concernées, afin de mieux partager le pouvoir de décision* ». Des enjeux cruciaux pour l'innovation et l'amélioration du système de santé.

■ Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour renforcer l'engagement ou la participation, HAS, juin 2025



L'insomnie chronique, ce n'est pas que la nuit.

L'insomnie chronique ne se limite pas à des troubles nocturnes¹.
Le manque de sommeil expose à une somnolence, une perte d'attention et à un risque d'accidents².



Des réveils précoces, des difficultés à s'endormir ou à rester endormi, plus de 3 fois par semaine depuis plus de 3 mois, avec un impact sur le fonctionnement pendant la journée (fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, somnolence...), ce n'est pas normal. C'est une maladie : l'insomnie chronique¹.

Idorsia s'engage dans la lutte contre ce fardeau qui touche plus de 1 Français sur 10², grâce à sa recherche, ses actions de sensibilisation et l'accompagnement des professionnels de santé.

1 Riemann D, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. 2017;26(6):675-700
2 Santé Publique France. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. 2019
Idorsia Pharmaceuticals France SAS - Immeuble Colisée Gardens, Bâtiment B - 8-14 Avenue de l'Arche - 92400 Courbevoie
Contact information médicale : medinfo.fr@idorsia.com - FR-DSA-00007 - 10/2023



Top chauffe : un tournoi culinaire en psychiatrie

Reprenant les codes de la célèbre émission de télévision, Top chauffe organise et filme un tournoi culinaire entre deux brigades soignés-soignants.

Depuis plusieurs années, l'équipe de réhabilitation ambulatoire (ERA) du Centre psychothérapique de Nancy (CPN) organise une émission culinaire basée sur le modèle de Top chef. Sous un principe qui paraît simple – la compétition entre deux brigades de cuisiniers, un thème et un menu à proposer et à réaliser –, de nombreux objectifs de soins sont visés.



© Top chauffe, CPN

En pratique, il s'agit de constituer chaque année deux brigades, chacune composée de soignants et d'usagers volontaires. Après énoncé du thème (par exemple le printemps, la cuisine du monde...), elles disposent d'une séance hebdomadaire pendant deux mois pour élaborer leurs menus et s'entraîner sur leurs préparations. Puis vient le jour de l'émission : devant les caméras, les équipes proposent leurs plats à un jury composé de professionnels de la cuisine, de partenaires extérieurs à l'établissement et d'usagers. Un film d'environ 10 minutes est réalisé que chacun peut conserver mais qui est aussi diffusé en diverses occasions : rencontres avec les familles, manifestations grand public...

Cette initiative originale donne une dimension très concrète à la réhabilitation. Né d'une volonté de diversifier les médiations thérapeutiques et de les rendre plus attractives, Top chauffe travaille l'horizontalité entre professionnels et usagers. La mise en œuvre, et en particulier, les deux mois de préparation, permet de renforcer les fonctions exécutives (organisation et planification par ex), mais également les habiletés sociales via le travail en équipe, l'expérience de la convivialité et de l'engagement, pour soi et le groupe. Le sentiment d'appartenance à une « team » est stimulant et valorisant. Le support numérique motive le dépassement de soi, et permet d'ancrer le souvenir de l'aventure collective. « Le projet évolue avec les éditions, et "monte en gamme" », témoignent Marie

« J'ai été très fier d'inviter mes proches à la projection du film, qui fait très "pro". L'activité, c'était aussi un challenge personnel, ça m'a prouvé que j'étais capable de m'intégrer dans une équipe et de réussir... »

Staub, infirmière, et Alexandra Labroy, éducatrice spécialisée à l'origine de Top Chauffe. En 2024, un partenariat a ainsi été proposé à Charles Coulombeau, chef étoilé à Nancy. Sa participation a permis de réunir un jury prestigieux et de proposer une masterclass sur le thème de la saison, le printemps. « Nous avons également sollicité le Projet territorial de santé mentale (PTSM 54) pour financer la diffusion du film, entièrement réalisé par les équipes du CPN, dans un cinéma nancéien. Les participants ont convié leurs proches, des usagers d'autres services sont venus... Dans une perspective de déstigmatisation, cet événement nous a aidés à promouvoir l'espoir et le concept de rétablissement ». En septembre, Top chauffe a remporté le 3^e Prix des équipes soignantes en psychiatrie, organisé par la revue *Santé mentale* avec le soutien de l'Infipp.

■ Contact : M. Staub, marie.staub@cpn-laxou.com

Quand l'architecture soigne

Au CHU de Lille, une unité de pédopsychiatrie « réinvente » les soins en s'appuyant sur la rénovation et la transformation des espaces.

Dans le cadre de ses appels aux dons de novembre, le Fonds de dotation du CHU de Lille a mis en lumière le projet « Archi-soins » porté par l'Unité d'hospitalisation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Pierre-Mâle. « *Parce que le beau apaise, soigne et donne de l'espoir* », ce projet vise à concevoir et mettre en œuvre un accueil et une prise en charge articulant trois dimensions complémentaires : architecture, humain et stratégie de soins.

Située sur le campus du CHU de Lille, au sein de l'Hôpital Fontan, l'unité accueille en hospitalisation fermée des enfants de 6 à 18 ans souffrant de troubles psychiatriques sévères, voire complexes. Impulsé en 2023 par N. Lardeur, cadre supérieure de santé, Archi-soins est né d'un double constat : – un service daté (2004) ayant besoin d'être rénové, avec des espaces sombres inexploités (accueil, couloir, salle de vie...) et une chambre dite « d'apaisement et d'isolement » inadaptée au regard des politiques actuelles de réduction de ces mesures ; – la difficulté des soignants à répondre aux besoins des enfants, en particulier en cas de crises (la lecture des symptômes pouvait privilégier un prisme éducatif plus que soignant).

Dans ce contexte, les soins pouvaient parfois constituer en eux-mêmes une forme de violence pour les patients mais aussi pour les soignants. « *La grande vulnérabilité des enfants nous a conduits à engager un management clinique pour ajuster les prises en soins et favoriser la bonne lecture des symptomatologies pour de jeunes professionnels non formés* », précise N. Lardeur. Rapidement, émerge l'idée qu'une plus grande efficacité des soins passe par la modernisation architecturale des espaces. Pensé pour et avec les jeunes de l'unité, le projet intègre un parcours innovant de désescalade des tensions internes. Visant à prévenir des actes de violence et les situations de crises, il se matérialise via différents espaces dédiés à la gestion des émotions : une salle multisensorielle, des espaces d'apaisement et de balnéothérapie. Toute l'organisation spatiale est repensée pour faciliter le parcours de l'enfant et des usagers, de l'accueil jusqu'à la sortie. Une séparation fonctionnelle des soins ambulatoires en hôpital de jour et de l'unité d'hospitalisation est proposée pour une meilleure gestion des flux et une réduction du stress. Enfin, le projet favorise l'ouverture sur l'extérieur, avec l'aménagement de terrasses et de jardins, et des activités hors des murs.

■ Contact : N. Lardeur, cadre supérieur de santé, nathalie.lourme@chu-lille.fr

Psychiatrie du sommeil : un champ en pleine structuration

Intégrer le sommeil en psychiatrie n'est plus une option mais une condition pour améliorer les soins à tous les niveaux. Entretien avec le Pr Pierre-Alexis Geoffroy*, qui a dirigé cet imposant manuel de référence.

• Pourquoi consacrer un manuel aux liens entre sommeil et psychiatrie ?

Le sommeil est un pilier fondamental de la santé mentale, mais il demeure paradoxalement peu enseigné et souvent sous-évalué en pratique clinique. Pourtant, tous les troubles psychiatriques comportent des altérations du sommeil et des rythmes biologiques, présentes à toutes les phases de la maladie : prodromes, épisodes, rémission, évolution. Nous manquons d'un ouvrage francophone complet, transdisciplinaire, qui permette aux cliniciens de comprendre ces mécanismes, d'en faire un outil diagnostique, et d'intégrer cette dimension dans les prises en charge.

• Quelles sont les spécificités de ce manuel ?

Plusieurs éléments font un manuel inédit :
— une synthèse complète des connaissances sur la physiologie du sommeil, les systèmes de vigilance et les rythmes biologiques ;
— une analyse très détaillée des altérations du sommeil propres à chaque trouble psychiatrique : troubles de l'humeur, psychoses, anxiété, trauma, addictions, troubles neuro-développementaux, troubles alimentaires...
— une partie entièrement dédiée aux comorbidités du sommeil souvent ignorées en psychiatrie : apnées, jambes sans repos, retards de phase (des horaires de coucher et de lever tardifs), parasomnies... ;
— un volet thérapeutique actualisé, couvrant les approches pharmacologiques et psychothérapeutiques du sommeil en psychiatrie. Notre ambition était de produire un ouvrage clinique, utile à la pratique quotidienne, tout en restant solidement adossé à la science.

• En quoi l'étude du sommeil renforce-t-elle la validité clinique en psychiatrie ?

La psychiatrie fait face à une crise de validité diagnostique. Nos classifications (*Manuel diagnostique et statistique des troubles*

mentaux [DSM] et *Classification internationale des maladies* [CIM]) sont fiables, mais elles manquent de biomarqueurs. Le sommeil offre une solution : c'est un système physiologique mesurable, quantifiable, reproductible, qui permet un suivi longitudinal subjectif et objectif des patients. Nous traitons une plainte précise avec de vraies solutions thérapeutiques personnalisées, qui transforment le pronostic des maladies psychiatriques, en même temps que leur évolution. L'analyse des cycles veille-sommeil, la chronobiologie, l'actimétrie (analyse des mouvements du corps pendant le sommeil), la polysomnographie ou l'électrophysiologie fournissent des indicateurs concrets capables d'éclairer l'évolution des troubles, les risques de rechute, les réponses aux traitements, les stratégies de personnalisation des soins. Ainsi, intégrer le sommeil, c'est améliorer la précision clinique et offrir des soins psychiatriques plus adaptés à chacun.

• Comment est structuré l'ouvrage ?

Le manuel est organisé en trois grandes parties complémentaires :
— physiologie du sommeil et chronobiologie : bases scientifiques, systèmes d'homéostasie, rythmes biologiques ;
— altérations du sommeil dans les troubles psychiatriques et comorbidités respiratoires, neurologiques ou développementales ;
— prises en charge thérapeutiques : pharmacologie, psychothérapies du sommeil, stratégies intégrées, outils cliniques. Chaque chapitre a été confié à des experts du domaine, pour offrir une vue d'ensemble cohérente et très opérationnelle.

• Quelles perspectives cliniques et organisationnelles de la psychiatrie du sommeil ?

La psychiatrie du sommeil est un champ en pleine structuration. Depuis la création de la Formation spécialisée transversale (FST)

Sommeil et des diplômes universitaires dédiés, une génération de cliniciens formés émerge, capable d'intégrer les outils du sommeil dans la pratique psychiatrique quotidienne. Les enjeux sont doubles :

— mieux structurer les filières de soins, en proposant des parcours adaptés à la sévérité des symptômes et en évitant l'engorgement des structures hospitalières ;
— développer la prévention et l'intervention précoce, notamment grâce aux outils numériques, aux approches populationnelles et à la détection précoce des altérations du sommeil.

Ce manuel propose un modèle d'organisation par paliers, pour optimiser les ressources, les interventions et l'accès aux soins.

• À qui est destiné cet ouvrage ?

Ce manuel s'adresse aux psychiatres, psychologues, médecins du sommeil, infirmiers, internes, étudiants et chercheurs. Il offre un socle commun de connaissances, des outils pratiques, et une vision d'ensemble de la discipline, à la croisée de la clinique, de la physiologie et de la santé publique.

• Quels sont les enjeux pour l'avenir ?

Nous sommes à un moment charnière. L'intégration du sommeil en psychiatrie n'est plus une option : c'est une condition pour améliorer nos diagnostics, prévenir les rechutes, personnaliser les soins et renforcer l'efficacité des interventions.

* PUPH APHP, Responsable universitaire du DU Santé mentale et sommeil, Université Paris Cité, Pilote national de la Formation spécialisée transversale (FST) Sommeil, Chef de service du Centre Chronos (Psychiatrie, Chronobiologie et Sommeil).

• **À lire.** *Sommeil et santé mentale, Troubles du sommeil et des rythmes biologiques associés aux troubles psychiatriques, P.-A. Geoffroy (dir.), Elsevier Masson, novembre 2025, 584 p.*

SUR VOTRE AGENDA

JANVIER

21 AU 23 JANVIER

PARIS

Voyage intérieur

24^e édition du Congrès de l'Encéphale

■ Rens. : www.encephale.com

24 JANVIER

PARIS ET EN DISTANCIEL

La clinique psychanalytique

Journée d'études proposée par l'Espace psychanalytique

■ Rens. : contact@espace-analytique.org, www.espace-analytique.org

29 JANVIER

CARCASSONNE

Pratiques innovantes et démarches originales de réhabilitation psychosociale

2^e Journée régionale de la réhabilitation psychosociale, organisée par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale en Occitanie (Ferrepsy)

■ Rens. : 05 61 43 78 52, chrystelle.poulet@ferrepsy.fr, www.ferrepsy.fr

29 JANVIER

LEVALLOIS

Réinventer la gestion des temps en santé

Journée d'étude de l'Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (Adress)

■ Rens. : www.adress.com/

30 JANVIER

NANTES

Prise en charge de l'addiction à l'alimentation chez les personnes avec obésité : résultats préliminaires de l'étude Adalob

Conférence organisée dans le cadre des séminaires d'addictologie de Nantes-Université et du Service d'addictologie du CHU de Nantes

■ Rens. : sophie.aitiali@chu-nantes.fr, <https://ifac-addictions.chu-nantes.fr>

FÉVRIER

5 ET 6 FÉVRIER 2026

PARIS

I care/You care

Masterclass proposée par l'Institut de psychiatrie

■ Rens. : contact@institutdepsychiatrie.org, <https://institutdepsychiatrie.org>

7 FÉVRIER

PARIS

Expertise et méthodes projectives : enjeux éthiques et cliniques

Colloque organisé par la Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française et l'Université Paris Cité

■ Rens. : www.societerorschach.org/, 28 février

MARS

12 MARS

PARIS

Soins relationnels en psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée

Colloque proposé par l'Afar

■ Rens. : 01 53 36 80 50, formation@afar.fr, www.colloquesafar.fr

13 MARS

PARIS ET DISTANCIEL

Adolescents, tous borders ?

Colloque proposé par l'Afar

■ Rens. : 01 53 36 80 50, formation@afar.fr, www.colloquesafar.fr

14 MARS

PARIS

Politiques du corps : entre sciences et fictions

Journée organisée par l'Espace analytique

■ Rens. : 01 47 05 23 09, contact@espace-analytique.org, www.espace-analytique.org

19 ET 20 MARS

BORDEAUX

La prévention du suicide en 2026, (r)évolution ?

2^e Congrès de suicidologie organisé par l'Institut de formation aquitain pour les professionnels de santé, Centre hospitalier Charles Perrens

■ Rens. : 05 56 56 34 34, ifaps@ch-perrens.fr, www.ifaps-site.com

19 ET 20 MARS

PARIS

Soutien social et psychotraumatismes

3^e colloque scientifique du Centre national de ressources et de résilience (CN2R)

■ Rens. : 06 37 66 77 98, communication@cn2r.fr, <https://cn2r.fr>

21 MARS

PARIS

La formation du psychanalyste : comment faire école ?

Colloque organisé par le Réseau pour la psychanalyse à l'hôpital (RPH)

■ Rens. : 06 15 30 40 40, contact@rphweb.fr, www.rphweb.fr

21 ET 22 MARS

STRASBOURG

La fabrique du Dire

Colloque organisé par la Société de psychanalyse

■ Rens. : 01 43 22 12 13, pierre.isenmann@gmail.com, www.spf.asso.fr/colloque-strasbourg-la-fabrique-du-dire

26 ET 27 MARS

TOULOUSE

Jeunes avec TND et leurs familles : des parcours singuliers, des réponses agiles !

3^e Journées nationales de l'Association nationale des dispositifs inclusifs médico-éducatifs (Andime)

■ Rens. : 05 59 58 31 31, andime.fr

27 AU 29 MARS

PARIS ET EN DISTANCIEL

Violences adolescences

Week-end bisannuel de la Société européenne pour la psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent

■ Rens. : association@sepea.fr, <https://sepea.fr>

26 ET 27 MARS

LARAGNE

Mais qu'est-ce qu'on fou(t) ?

Journées organisées par l'Association de formation et de recherche des personnels de santé des Hautes-Alpes (Afrepsa)

■ Rens. : afrepsha@protonmail.com, afrepsha.org

28 AU 31 MARS

PRAGUE

Santé mentale : améliorer les soins et élargir les horizons

34^e Congrès européen de psychiatrie de l'European psychiatric association (EPA)

■ Rens. : epa-congress.org

AVRIL

2 AVRIL

PARIS

Le corps et ses transformations

Séance de séminaire psychanalytique proposé le GHU Paris psychiatrie et neurosciences

■ Rens. : 01 45 65 80 00, leymariecarole@yahoo.fr, www.ghu-paris.fr

11 AVRIL 2026

PARIS

La pratique analytique avec les adolescents

VII^e Journée de la Société de psychanalyse
■ Rens. : 01 43 22 12 13, spsyfreudienne@orange.fr, www.spf.asso.fr

22 AVRIL

BRUXELLES ET DISTANCIEL

L'écoute du rêve ?

Séminaire dans le cadre du cycle « Tours et détours de l'écoute psychanalytique » organisé par la Société belge de psychanalyse

■ Rens. : info@psychanalyse.be, www.psychanalyse.be

MAI

21 ET 22 MAI 2026

SAINT-ÉMILION

Ensemble, bien vivre le vieillissement : à la maison,

à l'hôpital, en institution
XXVII^{es} Journées itinérantes francophones d'éthique des soins de santé (Jifess)

■ Rens. : 01 40 55 56 56, www.gefers.fr

27 ET 26 MAI

BRUXELLES ET EN DISTANCIEL

L'écoute du psychodrame

Séminaire dans le cadre du cycle « Tours et détours de l'écoute psychanalytique » organisé par la société belge de psychanalyse

■ Rens. : info@psychanalyse.be, www.psychanalyse.be

JUIN

4 JUIN

PARIS

4^e Journée d'échanges et de rencontres infirmières aux urgences psychiatriques (JeriUp)

Événement organisé par le GHU Paris psychiatrie et neurosciences

■ Rens. : 01 45 65 80 00, JERI-UP@ghu-paris.fr, <https://www.ghu-paris.fr>

10 AU 12 JUIN

BORDEAUX

Malaise dans l'action sociale !

40^{es} Journées nationales de formation
■ Rens. : 06 33 30 50 80, communication@mais.asso.fr

11 ET 12 JUIN

LYON

Réhab pour tous, tous gagnants !

13^e Congrès Réhab organisé par Santé mentale France

■ Rens. : 01 82 83 00 35, rehab@santementalefrance.fr, <https://santementalefrance.fr/>



plus de colloques sur www.santementale.fr

ABONNEZ-VOUS À santé mentale

Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie



ABONNEMENT PAPIER

1 an

10 NUMÉROS



En cadeau
1 numéro papier
(d'une valeur de 27 €)

- Particulier : 180 €
- Étudiant : 125 €
- Institution : 335 €

ABONNEMENT PAPIER + NUMÉRIQUE

1 an

10 NUMÉROS



En cadeau
1 numéro téléchargeable
(d'une valeur de 26 €)

- Particulier : 205 €
- Étudiant : 140 €
- Institution : sur devis

ABONNEMENT 100% NUMÉRIQUE

1 an

10 NUMÉROS



En cadeau
4 articles téléchargeables

- Particulier : 165 €
- Étudiant : 115 €

Toutes les offres d'abonnement sur www.santementale.fr

Acte Presse - 12 rue Dupetit Thouars, 75003 Paris - Service Abonnements : abonnement@santementale.fr - Tél. : 01 42 77 52 77

LU QUELQUE PART...

PAR DOMINIQUE FRIARD



¡ HOLA TOSQUELLES !

Trente ans après sa mort, en 1994, le psychiatre catalan François Tosquelles reste plus vivant que jamais. « *Et avec sa liberté et sa joie, il garde aussi un certain mystère* », pointe d'emblée la revue **Chimères** dans ce numéro consacré à ce psychiatre hors du commun, pour qui la première condition pour soigner les fous est de « *reconnaître la folie comme la condition humaine la plus partagée* ». Wikipédia reconnaît trois influences au fondateur (avec quelques autres) de la psychothérapie institutionnelle : Lacan, Luis Buñuel et l'écrivain et poète catalan Gabriel Ferrater. Il y en eut certainement bien plus tant ce diable d'homme était ouvert aux autres et à leurs œuvres, et il en influença, lui-même, encore plus. Un mystère, donc, maintes fois scruté, mais que n'a pas épuisé *La déconnaissance*, titre des grandes expositions organisées au Musée des Abattoirs à Toulouse puis au musée Reina Sofia de Madrid en 2022, pas plus que celle proposée au Palais de Tokyo sur la psychothérapie institutionnelle, en 2024. Quelque chose de Tosquelles résiste et résistera toujours. Sa liberté. La fraternité. Tosquelles est certainement le psychiatre le plus cher à mon cœur même si je ne l'ai jamais réellement rencontré. Ce numéro reprend des articles présentés lors du colloque *Queer Tosquelles*, organisé à The Academy of Media Arts de Cologne en juin 2024. Tosquelles, « *c'est l'étrangeté et la folie étendue à tout un chacun. À chacun d'y faire son chemin, avec de l'hôpital et/ou de professionnels du soin si nécessaire.* » La joie.

« *Hola Tosquelles !* », *Chimères*, n° 107, nov. 2025, *érès*.

POURQUOI (PAS) LA HAINE ?

Désavouée, prohibée parfois, la haine est devenue un des déterminants les plus puissants du lien social. Elle n'est pas le contraire de l'amour, elle en est la face inverse, voire cachée, mue par ce que Freud nommait la pulsion de mort et que Lacan déclinait en jouissance. Comment ne pas lire et relire Winnicott et son texte *La haine dans le contre-transfert* (Payot, 2014) ? S'il suffisait d'apprendre l'empathie à l'école, de se former à la bienveillance pour éradiquer la violence, cela se saurait. La persistance des isolements et contentions, les protocoles à la chaîne en témoignent. Que fabrique-t-on avec la haine ? **Lapsus [Numérique]** propose quelques réponses qui débouchent sur autant de questions. Les auteurs mettent en travail politique, clinique et poésie. Ce triple regard produit un passage, une traversée qui éclaire différents visages d'une Haine qui ne cesse de trouver une place symboligène dans le social et le politique, si ce n'est par les arts, et ici par la photographie et la poésie.

« *Pourquoi (pas) la haine* » *Lapsus [Numérique]*, n° 8, juin 2025

SANTÉ MENTALE. SYMPTÔMES D'UN MONDE FÊLÉ

En 2025, la santé mentale est promue Grande Cause Nationale (rires). Dans le champ de la santé, l'expression apparaît officiellement en 1990 dans une circulaire relative aux « *orientations générales en santé mentale* » qui en fait « *une préoccupation majeure* » exigeant la mobilisation de « *tous les moyens efficaces* » (rires). Dès lors, elle deviendra une référence systématique dans

les discours de santé publique. Deux ans plus tard, en 1992, la formation d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) est pourtant supprimée. Aucun infirmier en psychiatrie ne sera plus formé. « *On ne voit plus de quoi on parle*, note le sociologue Alain Ehrenberg, *car la santé mentale parle de tout.* » **Le Monde diplomatique** dédie un « *Manière de voir* » à la santé mentale. Ce numéro, dense et bien construit, est divisé en trois grandes parties : *Histoire(s)*, *Souffrances* et *Soigner*. Journalistes, psychiatres, psychanalystes, sociologues, philosophes y contribuent mais aucun infirmier...

Santé mentale. Symptômes d'un monde fêlé, in *Le Monde diplomatique. Manière de Voir*, n° 203, oct-nov 2025.

L'INSTITUTION DANS TOUS SES ÉTATS... BLISSEMENTS

La distinction entre établissement et institution est un des fondements de la psychothérapie institutionnelle. L'établissement renvoie à la dimension matérielle, administrative et hiérarchique du lieu de soin : c'est une unité de production qui rassemble des personnels, des moyens et des procédures. L'institution désigne le mouvement vivant qui anime et met en travail cet établissement, elle se manifeste dans les dynamiques collectives, les échanges, les remaniements symboliques et les espaces de parole qui permettent au soin de se déployer. Le psychiatre Franck Drogoul note qu'il existe, aujourd'hui, un mouvement politique puissant qui tend à les rendre synonymes et donc à ne plus permettre de les penser. Au contraire, la revue **Institutions** nous invite à de nouveau « *faire institution* », à réitérer le geste de J. Oury créant la clinique de La Borde, actuellement menacée par l'Agence régionale de santé (ARS) qui veut la fermer. Faire institution donc : avec les demandeurs d'asile, les personnes atteintes de pathologies dites archaïques, dans les lieux de vie et d'accueil et le refaire chaque jour.

« *L'institution dans tous ses états... blissements* », in *Institutions*, n° 76, sept. 2025.

La rédaction a lu...

- « *La culture psychiatrique n'existe pas en tant que telle, elle est le fruit de toutes les autres* », *Entretien avec Dominique Friard, Soins psychiatrique, Elsevier Masson*, juillet-août 2025.
- *Thérapie de couple, réveil de l'infantile*, Sandrine Fortin, *Dialogue, Familles et couples*, Édition Eres, n°249, septembre 2025.
- *Radicalisation et adolescence*, Olivier Douville, *Cahiers de l'enfance et de l'adolescence*, Édition Eres, n°13, 2025.
- *Tinder, palliatif de la perte de l'objet à l'ère des rencontres hyperconnectées* ? Solenn Rivoal, Barbara Smniotto, *Nouvelle Revue de psychosociologie*, Édition Eres, n°40, automne 2025.
- *Psychothérapie d'un patient pédophile. Dysrégulations pulsionnelles et leurs destins transférentiels*, Elise Pelladeau, *Bulletin de psychologie*, octobre/décembre 2025.

Quand l'idéal soignant fait souffrir...

L'idéal professionnel est à la fois le meilleur allié et le pire ennemi du soignant. Puissant levier de motivation, c'est aussi un vecteur de surengagement et de sacrifice de soi, qui fait le lit de l'usure professionnelle...

« J'ai toujours voulu faire ce métier. Même quand je vois comment les choses se passent ici, je n'arrive pas à baisser les bras... ». À elle seule, cette phrase illustre la dégradation de la santé psychologique des soignants à mesure qu'ils gagnent en expérience.

Lorsqu'elle motive l'entrée dans des études parfois longues et exigeantes, puis une carrière soignante, la « vocation » peut être décrite comme un appel profond fondé sur le désir d'être utile, d'aider, de prendre soin, d'apporter du soutien et du réconfort à autrui (1).

Chez les infirmières, l'image idéalisée de la profession est souvent celle d'un soignant prodiguant des soins complets et humanistes, basés sur l'expertise technique et la proximité relationnelle avec le patient (2). La vocation constitue donc une modalité particulière de la congruence entre environnement de travail et personnalité (3), subtile alchimie entre valeurs, aspirations, utilité sociale, image de soi... projetées dans le métier.

RENCONTRES AVEC LE RÉEL

Confrontées à cet idéal, les premières expériences de soin s'accompagnent classiquement d'une forme de « *désenchantement* », voire d'une souffrance au travail, dont la sociologue Marie-Anne Dujarier (4) identifie plusieurs raisons.

— D'abord, les organisations promettent globalement davantage qu'elles ne peuvent produire. La santé contemporaine garantit ainsi tout à la fois le plein respect des droits des patients, la responsabilisation totale des professionnels, et des services satisfaisants et performants. — Ensuite, l'idéal se mue parfois en une prescription de toute-puissance qui oblige les travailleurs à être « à la hauteur » de manière constante et surhumaine, révélatrice d'un « *déni des limites* ». Dans le champ du soin, il devient une norme tyrannique et hors d'atteinte, que le professionnalisme oblige pourtant à respecter sous

peine de sanction (par les dispositifs de contrôle et d'évaluation, ou même via la juridicisation croissante).

— Ni cette promesse ni cette norme ne tiennent compte des contraintes réelles (manque de personnel, de temps, complexité humaine, limites de la médecine). Il en résulte des contradictions qui, dans le soin, opposent la standardisation du travail, à travers une organisation du travail rationnelle et mesurable (protocoles, procédures, traçabilité...) et la personnalisation de la relation. Ces injonctions paradoxales ne sont *in fine* jamais arbitrées par la direction, mais déléguées au personnel de « première ligne »...

UNE SOUFFRANCE ÉTHIQUE

Ces mécanismes peuvent occasionner une souffrance éthique, puisqu'il revient au soignant de trouver seul la solution pour concilier, par exemple, rapidité et qualité des soins, au terme d'arbitrages solitaires qui atteignent l'idéal prescrit. Le soignant peut aussi être contraint à simuler la conformité à l'idéal (en cochant des cases, en remplissant les dossiers) et à dissimuler le travail réel, fait d'ajustements pratiques, voire de renoncements aux critères de qualité idéaux. Enfin, dans les équipes où il est impossible de discuter collectivement de ces dilemmes, émergent une solitude accrue et une honte de mal faire, voire de faire mal.

Face à ces insuffisances de l'organisation, l'idéal professionnel contribue donc à alimenter l'engagement des soignants, mais aussi le risque d'usure professionnelle. Car malgré les contraintes, le soignant tend à essayer de maintenir la qualité des soins, quitte à sacrifier son temps personnel et son bien-être. Le fort sentiment de vocation est ici, dans un premier temps, un puissant levier de motivation, qui pallie les limites organisationnelles en incitant aux heures supplémentaires, rémunérées ou non, et au refus de se désengager, même au prix de sa propre santé.

DES PISTES D'AMÉLIORATION

À titre organisationnel (1) :

- augmenter le ratio soignant/patients pour accroître la sécurité et la qualité relationnelle des soins;
- déléguer les tâches non soignantes (administratives, transport, logistique) pour que les soignants se concentrent sur leur rôle clinique principal;
- valoriser le travail en équipe pour améliorer la collaboration et la reconnaissance entre les différentes professions;
- offrir plus de flexibilité et de prévisibilité dans les horaires (moins de rotations entre jour/soir/nuite) pour mieux concilier vies professionnelle et personnelle;
- renforcer la reconnaissance financière et symbolique des efforts consentis (lourdeur des responsabilités, expertise et pénibilité du travail, notamment horaires atypiques...);
- mettre en place et faire vivre des espaces de discussion sur le travail (groupes d'amélioration des pratiques, groupes de réflexion en éthique clinique...).

À titre individuel :

- identifier les réflexes sacrificiels chez soi et les collègues;
- savoir dire non et développer son assertivité;
- renoncer au perfectionnisme dès lors que la qualité du soin n'en pâtit pas;
- sanctuariser du temps pour soi (détente, loisir, sport...) et ses proches.

Philippe Zawieja*, Jean-Christophe Vilette**

*Psychosociologue du travail, directeur des partenariats stratégiques et de la recherche,

**Psychologue du travail et des organisations, directeur général; Cabinet Ekilibre Conseil.

1— Philippe Zawieja, « Devenir soignant : choix, vocation ou prédestination ? », *Soins Cadres*, 2018, n° 106, p. 59-61.

2— Diane-Gabrielle Tremblay. *Infirmières. Vocation, engagement et parcours de vie*. Montréal: Éditions du remue-ménage; 2014.

3— John Lewis Holland (1973). *Making vocational choices : a theory of careers*. Englewood Clif. : Prentice-Hall.

4— Marie-Anne Dujarier, *L'idéal au travail*. Presses universitaires de France, coll. Quadrige, Paris, 2006.



Pousser la porte du CMP...

À 50 ans, Madame Parker a le sentiment de « ne pas avancer dans sa vie... » Elle rapporte un viol dont elle a été victime et plusieurs relations amoureuses toxiques. Comment l'aider ?

VIRGINIE DE MEULDER

Infirmière, CMP Adultes Turbigo, Pôle Paris centre, Hôpitaux Paris Est Val-de-Marne



© AdobeStock – DimaBerlin.

En Centre médico-psychologique (CMP), le premier entretien constitue souvent une rencontre bien particulière. Un déclic ou un événement de vie incite un individu à demander de l'aide à des professionnels des soins psychiques, alors que jusque-là, il se débrouillait tant bien que mal avec son entourage, ses habitudes... Quelque chose devient lourd et déborde, le quotidien est une souffrance et la personne, orientée par un généraliste ou un autre professionnel, par un proche, pousse la porte du CMP...

Dans ce contexte, l'infirmier qui le reçoit a la difficile tâche de lui proposer un espace d'écoute mais aussi de comprendre très vite ce qui se joue. Il faut rassembler les éléments importants, approfondir certains points et surtout, poser des questions pertinentes pour imaginer le type d'aide le plus adapté. Certains collègues entrent d'emblée dans le vif du sujet, en demandant à la personne ce qui l'amène. Pour ma part, quand c'est possible, je prends le temps de me représenter l'environnement du patient : son lieu de vie, son travail, son entourage, ses habitudes... avant de rentrer au cœur du problème.

UNE FEMME « TROP SEXY » ?

Avec une collègue, nous recevons ainsi Madame Parker, la cinquantaine. D'origine américaine, elle vit en France depuis longtemps. Dix ans auparavant, elle a traversé un divorce difficile, son ex-mari la maintenait sous « *emprise psychologique* ». Grande, blonde, les cheveux longs, elle parle fort avec un léger accent et des éclats de voix qui font un peu penser à ceux d'une tragédienne. Elle double des séries américaines en français mais travaille peu. Elle assure ne pas avoir de problèmes financiers et vit confortablement grâce à de l'argent mis de côté. Elle aime son travail, même si son rêve était d'être actrice et de se produire sur scène car elle a besoin, nous explique-t-elle « *d'être admirée par les autres et de leur faire passer des émotions* ».

Soudain, Madame Parker confie qu'elle a été violée il y a 5 ans, par un homme qu'elle connaissait. Elle a alors bénéficié d'un suivi psychologique de quelques mois dans un service spécialisé pour les victimes d'agressions sexuelles. Elle n'a pas porté plainte car elle a mal vécu les interrogatoires. Elle s'est sentie « *jugée* » par des

policiers qui lui ont demandé « *ce qu'elle]* *faisait dehors à cette heure de la nuit et ce qu'elle]* *portait comme vêtement* ». Évoquant ces événements, Madame Parker paraît très en colère, hausse le ton... puis elle reprend le fil de son récit, comme si tout cela était derrière elle.

Elle vit seule dans un studio et a peu d'amis à Paris. Elle a cependant un petit groupe de « *connaissances* » dans un café proche de chez elle, où elle se sent bien, « *on peut discuter avec tout le monde* ». Récemment pourtant, elle a eu une frayeur, car un habitué du lieu l'a suivie jusque chez elle, et s'est montré insistant. Elle a pu rentrer sans encombre et le lendemain, elle s'en est ouverte au « *patron du pub* » qui a fermement reproché son comportement au « *suiveur* ». Madame Parker s'est sentie soutenue mais elle affirme « *rester sur ses gardes* ». Elle est méfiante, rapportant plusieurs « *relations pathologiques* » avec des hommes, sur lesquelles elle ne veut pas s'étendre ce jour-là.

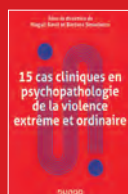
Madame Parker a contacté le CMP car elle a l'impression de ne pas avancer dans sa vie personnelle. Elle pense qu'elle devrait « *retravailler ses traumatismes* » pour faire à nouveau confiance aux hommes et prendre un nouveau départ. Parfois, dans le bar où elle a ses habitudes, elle aurait envie « *de s'amuser* », tout en gardant le contrôle pour ne pas devenir « *trop sexy* », et flirter d'une manière qui pourrait la mettre en danger. Elle voudrait pouvoir se confier à une thérapeute femme qui comprendrait ses difficultés et l'aiderait à surmonter ses peurs.

S'ENGAGER DANS LES SOINS ?

Ce jour-là, avec ma collègue, nous tâchons de valoriser et soutenir sa démarche. Nous pensons en effet que pour Madame Parker, reprendre un suivi psychologique serait bénéfique. Très solitaire, elle paraît en souffrance depuis longtemps, tout en minimisant les faits subis. Il faudrait peut-être évaluer plus finement un état dépressif ou post-traumatique, et qu'elle trouve un espace de parole sécuritaire... Nous allons évoquer sa situation en réunion clinique, pour lui proposer des adresses de psychologues cliniciennes en libéral, c'est ce qui lui paraît le plus adapté. À ce stade, il s'agit surtout de l'aider à s'engager dans des soins. Se reconnaître victime, accepter la main tendue n'est jamais une démarche facile mais en venant au CMP, Madame Parker a franchi un premier pas...

15 cas cliniques en psychopathologie de la violence extrême et ordinaire

MAGALI RAVIT, BARBARA SMANIOTTO (DIR.)



Dans le contexte actuel de normalisation et de contrôle social, les institutions et structures de soins ont considérablement évolué vers une standardisation des protocoles et des procédures. Dans le souci

d'appréhender les différents ressorts psychiques et psychopathologiques des expressions de la violence extrême et ordinaire, cet ouvrage s'inscrit délibérément dans une perspective clinique afin de saisir le sens profond de la violence. L'exploration de ces cliniques, à partir de la présentation de 15 cas cliniques singuliers, appréhendera également les logiques institutionnelles et leurs expressions psychopathologiques en regard des publics auxquels elles sont confrontées.

Ed. Dunod, coll. *Univers Psy*, septembre 2025, 29 €

Violences sexuelles envers les mineurs

Approches croisées entre psychologie et droit

PASCAL ROMAN, MARIE DOURIS



L'ambition de cet ouvrage coécrit par une juriste et un psychologue est de traiter la thématique des violences sexuelles envers les mineurs à partir d'un double regard disciplinaire, qui se complète

sans se défier et qui se répond sans confusion. La psychologie et le droit se croisent afin de proposer un cadre qui permet de garantir les conditions de l'intervention des différents

professionnels impliqués dans la rencontre des enfants, des adolescents concernés et de leurs parents. Cet ouvrage présente des situations issues de la pratique des auteurs, qui font l'objet d'une discussion croisée à partir des questionnements des professionnels qui œuvrent à assurer la protection de l'enfant.

Ed. In Press, coll. *Ouvertures Psy*, oct. 2025, 20 €

L'intime, ressource du soin

MARIE-CLAIRE GUÉRIN-LACROUTE



À la croisée de la pratique clinique gériatrique et de lectures philosophiques, cet essai décrit l'intime dans le soin (son surgissement, ses manifestations), le distingue de ce qu'il n'est pas (l'intimité), réfléchit aux situations de soin qui le convoquent (menace existentielle), met en lumière ce qu'il permet (devenir soignant, ajustement relationnel). Prenant racine dans le langage, l'intime promeut l'humain dans le soin à l'heure où l'intelligence artificielle s'apprête à modifier le secteur médical.

Ed. Eres, coll. *L'âge et la vie - prendre soin des personnes âgées et des autres*, janvier 2026, 13 €

Psychothérapies des traumatismes psychiques

Mieux comprendre pour mieux soigner

NAYLA CHIDIAC-GRIZOT, YANN-AUXÉMÉRY



Les traumatismes psychiques, souvent difficiles à diagnostiquer précocement en raison de leur nature dissociative et indicible, restent sous-estimés. Cet ouvrage souligne l'importance d'une

identification précise des souffrances afin d'adapter les réponses thérapeutiques. La première partie de l'ouvrage explore les aspects cliniques, notamment la typologie et la structuration des traumatismes, pour mieux comprendre leur nature et leurs impacts. La seconde partie s'attache aux principes et traitements thérapeutiques, en proposant des stratégies concrètes pour soulager la souffrance. La dernière section présente des médiations thérapeutiques innovantes, telles que la thérapie corporelle, l'art-thérapie, la médiation animale ou encore la danse-thérapie, pour enrichir la palette d'interventions possibles.

Ed. Elsevier Masson, décembre 2025, 39 €

Et toi, tu fais ça à ta fille ?

FLEUR CAIX



L'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants et leurs graves conséquences psychotraumatiques sont au cœur de cet ouvrage. « Avec cet ouvrage, Fleur Caix nous offre un témoignage courageux

et éclairant, écrit avec une grande sensibilité, sur une expérience particulièrement marquante qu'elle a vécue en tant que jeune pédopsychiatre : la rencontre avec Alice, une petite patiente de 13 ans, en très grande souffrance qui met en échec ses compétences. Grâce à la volonté farouche d'Alice de lui montrer et de lui dire l'horreur des crimes qu'elle a subis, cette rencontre bouleversera ses représentations de la maladie mentale et sa pratique médicale, et s'avérera incroyablement formatrice en agissant comme le révélateur d'une réalité jusque-là insoupçonnée et impensable : l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants et leurs graves conséquences psychotraumatiques. »

Dr Muriel Salmona.

Ed. Champ Social, coll. *Parentalité et handicap*, novembre 2025, 15 €

REÇUS À LA RÉDACTION

RÊVES ET FANTASMES CHEZ L'ENFANT

Institut psychanalytique de l'Enfant du Champ freudien
Ed. Navarin Éditeur, novembre 2025, 15 €

SORTIR DE LA MAISON HANTÉE

Comment l'hystérie continue d'enfermer les femmes
Pauline Chanu
Ed. La Découverte, coll. Nouveaux cahiers libres, octobre 2025, 22 €

L'ÉCRITURE THÉRAPEUTIQUE

Une voie d'accès à l'inconscient, récit clinique et théorique
Emmanuelle Jay
Ed. Eres, coll. Trames, août 2025, 16 €

LA CLINIQUE DU PAS-DE-PORTE

Un petit théâtre transférentiel
Florian Houssier
Ed. Ithaque, Expériences psychanalytiques, novembre 2025, 15 €

L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT

À la période de latence (6-12 ans)
Rosine Debray
Ed. Dunod, coll. Les Topos, septembre 2025, 10 €

LEVER LES SECRETS DE FAMILLE ET SE LIBÉRER DES TABOUS

Décrypter son histoire avec les constellations familiales
Chantal Motto
Ed. Dunod, coll. Hors collection, mars 2025, 17,90 €

100 QUESTIONS-RÉPONSES DE DROIT POUR LES PSYCHOLOGUES

Sarah Ivanovich, Maeva Roulin
Ed. De Boeck Supérieur, mars 2025, 27,90 €

SE LIBÉRER DE L'EMPRISE

Et des personnalités toxiques
Jean Cottraux
Ed. Odile Jacob, octobre 2025, 21,90 €

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL EN ACTION

Observer, comprendre et pratiquer
Philippe Michaud
Ed. Dunod, coll. Soins et Psy, décembre 2025, 25 €

PARCOURS DE LA FOLIE

Une histoire philosophique et sociale de la psychiatrie à travers la vie asilaire à Bourges et dans le Cher
Alain Vernet
Ed. L'Harmattan, coll. Psycho-Logiques, novembre 2025, 25 €

ET LE SEXUEL, AUJOURD'HUI ?

Michel Gad Wolkowicz (Dir.)
Ed. In Press, octobre 2025, 30 €

www.santementale.fr

Rubrique en accès libre

Deuil périnatal et photo

Photographier le nouveau-né décédé contribue à soutenir les familles dans l'épreuve. Aujourd'hui recommandée mais peu connue, cette pratique permet notamment d'inscrire le tout-petit dans la mémoire familiale.

Le deuil périnatal concerne la perte d'un enfant au cours de la grossesse ou dans les sept premiers jours de vie. La grossesse s'arrête parfois naturellement et on parle alors de « fausse couche » ou de mort fœtale *in utero* (MFIU), selon l'âge gestationnel. Lorsque des pathologies graves sont détectées, une interruption médicale de grossesse (IMG) peut aussi être décidée.

Dans ces deuils bien particuliers, la photographie, pratique à la fois technique et artistique, peut être mobilisée pour accompagner les personnes au cours du travail de deuil. Cet article propose un aperçu historique de la représentation des tout-petits décédés, un état des lieux des usages contemporains de la photographie post-mortem en périnatalité et un point sur les effets de ces images sur la santé mentale des parents. Précisons que l'embryon (ainsi nommé jusqu'à la huitième semaine de grossesse), puis le fœtus sont désignés ici par le terme « tout-petit » par respect pour l'investissement affectif des familles.

DEVENIR ET REPRÉSENTATIONS

Ces tout-petits décédés font l'objet d'une attention particulière depuis longtemps, puisque des nourrissons et des fœtus ont été retrouvés dans des sépultures préhistoriques (Bacqué, 2018). Les mises en scène sont parfois étonnantes, comme dans

cette tombe mésolithique au Danemark d'une femme et de son nouveau-né où le tout-petit repose sur une aile de cygne (Morel, 1998).

Parce qu'ils sont décédés avant d'être arrivés dans le monde des vivants ou tout juste après, ces enfants occupent une place tout à fait singulière parmi les défunts. Durant l'Antiquité, certains étaient inhumés dans des amphores funéraires, conservées sous les maisons familiales, contrairement aux autres morts qu'on tenait éloignés des vivants (Baills-Barré, 2017).

En Europe, au Moyen Âge, les enfants décédés sans baptême font l'objet de rituels inédits. Le corps était déposé dans les « sanctuaires à répit » (1) dans l'espoir de « signes de retour à la vie », qui puissent permettre le sacrement dans l'urgence, et donc une sépulture digne, avant une mort « définitive » (Gélis, 1984). 260 sanctuaires ont été répertoriés en France. Aujourd'hui, photographier ces tout-petits est une pratique qui succède à d'autres tentatives de représentation. Selon l'historienne Marie-France Morel (1998), dans l'art funéraire des sociétés grecques et romaines par exemple, des sculptures représentent ces tout-petits sur les tombes (vivants, entourés de jouets ou d'animaux). Dès le ^{xv}^e siècle, ils sont aussi figurés par les peintres dans les familles royales endeuillées, en Angleterre ou en Espagne (Morel, 1998). À la fin du ^{xviii}^e siècle, lorsque l'état civil est confié à l'État français (et non plus au clergé), les enfants morts sans baptême ont enfin accès aux cimetières municipaux, évoqués sous la forme d'anges (Bacqué, 2018). Ces illustrations symboliques perdurent de nos jours dans l'art funéraire, mais aussi dans



Estelle COTTE RAFFOUR

Infirmière Ressource douleur, Centre hospitalier Alpes-Isère, photographe bénévole pour Souvenance.

graphie post-mortem



© Souvenance, avec l'accord des parents.

les dessins ou tatouages contemporains en lien avec le deuil périnatal (voir image page ci-contre). Le dessin peut par ailleurs être proposé aux parents plutôt qu'une photo jugée parfois trop « réaliste ». En

Notons qu'on observe des retouches sur ces images (dès le XIX^e siècle). Selon Joëlle Bolloch, le *Journal* des frères Goncourt (2), paru en 1855, évoque une femme coloriant des portraits photographiques. Sur celui

perd ses parents est orphelin, il n'existe toujours pas de terme pour nommer un parent qui perd son enfant, tout comme il existe peu de rituels, même si des initiatives émergent : à Grenoble, une stèle



Ces parents sont particulièrement vulnérables et ces deuils sont davantage associés à des symptômes de stress post-traumatique, de dépression, d'anxiété ou de troubles du sommeil. Ils impactent aussi les grossesses suivantes.»

effet, la photographie nécessite que le tout-petit ait l'aspect d'un enfant, ce qui n'est pas toujours le cas avant cinq mois de grossesse, ou lorsque son corps est trop dégradé.

LA PHOTOGRAPHIE POST-MORTEM, UNE PRATIQUE ANCIENNE

En novembre 2024, paraît un ouvrage intitulé *Souriez vous êtes morts* (Bolloch, 2024). Un titre teinté d'humour pour parler de photographie post-mortem ! On y découvre que cette pratique est aussi ancienne que la photographie.

Différentes motivations sont évoquées : le désir de rendre les défunts éternels, celui de saisir et conserver le passage de vie à trépas, se confronter à sa propre peur de la mort, ou encore d'offrir un support pour le culte des disparus connus (avec les célèbres prises de vues post mortem de Félix Nadar, immortalisant Victor Hugo, Gustave Doré et bien d'autres). D'autres fois, il s'agit d'étudier l'évolution des corps, celle des rites...

Dès ses débuts (1830-1840), la photographie permet donc d'immortaliser de façon réaliste et rapide les événements forts du quotidien, y compris les décès.

Lorsque la technique se diffuse fin XIX^e siècle début du XX^e siècle, le coût est encore important et les photographies post mortem sont souvent la seule représentation du défunt. Des stratagèmes pour donner l'illusion de sujets vivants sont donc utilisés : en position assise, avec des jouets ou placés dans les bras des parents pour les petits, ou encore soutenus avec des systèmes ingénieux pour maintenir les adultes, debout ou assis. Il s'agit aussi parfois de conserver le lien familial. Ainsi, après la Première Guerre mondiale, les mineurs polonais venus s'installer en France réalisaient des prises de vues pour leurs proches restés au pays (Bolloch, 2024).

d'un enfant mort, elle ajoute des ailes à la gouache et précise : « *Cela a enchanté la mère qui n'a pas regardé aux frais de paradis pour sa petite défunte* ».

Il n'est donc pas nouveau que les enfants et tout-petits décédés soient photographiés. Si cette pratique reste confidentielle en périnatalité, elle a néanmoins évolué rapidement ces vingt dernières années (Delarbre Faugeras, 2020). Des associations de photographes spécialisés ont vu le jour. La plus ancienne semble être « *Now I lay me down to sleep* » (« *Maintenant je me couche pour dormir* ») créée en 2005 aux États-Unis. En France, depuis 2014, Souvenance (3) propose des prises de vues (et des retouches) dans les maternités.

UN DEUIL NON RECONNU

En France, le deuil périnatal concerne environ sept mille familles chaque année. Ce deuil bien particulier touche une réalité physiologique mais aussi un processus psychique : l'annonce de grossesse a concrétisé le rêve d'avoir un enfant et a enclenché le travail du « devenir parent ». Au-delà de l'interruption de la grossesse, se joue aussi la perte d'un avenir et d'une parentalité brutalement interrompue. Il n'est pas non plus dans « l'ordre des choses » qu'un enfant meure avant ses parents. À ce deuil peuvent se mêler des sentiments de culpabilité : en cas de mort fœtale in utero, les parents se sentent coupables de ne pas avoir pu protéger le tout-petit ; l'interruption de la grossesse pour des raisons médicales entraîne aussi des questions. Pour les mères, « faire face », « accepter » ce corps qui a porté la vie, puis soudainement est devenu tombeau, est une difficulté supplémentaire.

Selon les parents, les souffrances sont aussi majorées par le peu de reconnaissance sociale. Tandis qu'un homme qui perd sa femme est veuf, qu'un enfant qui

spécifique et une cérémonie annuelle du souvenir sont dédiées aux tout-petits décédés. Des médaillons en céramique, ou à Limoges, des cœurs en porcelaine, sont parfois prévus pour les inhumations afin de garder des traces (les tout-petits corps ne sont pas encore minéralisés et ne produisent pas de cendres). Il aura fallu attendre 2021 pour disposer d'un acte d'enfant né sans vie (sans limite de durée de gestation, sur la seule base d'un certificat d'accouchement), pour lui donner un prénom et un nom (4), et 2022 pour pouvoir l'inscrire sur le livret de famille (sans toutefois d'effet juridique) aux mêmes pages que le reste de la fratrie (auparavant, il figurait uniquement aux pages décès) (5).

Ces parents endeuillés sont donc particulièrement vulnérables et ces deuils sont davantage associés à des symptômes de stress post-traumatique, de dépression, d'anxiété ou de troubles du sommeil. Ils impactent également les grossesses suivantes (Beauquier-Maccotta, 2022).

Les sociétés occidentales contemporaines manquent par ailleurs de rituels pour accompagner ces familles qui se réunissent pour se soutenir, se remémorer ensemble (marches du 15 octobre, Journée internationale de sensibilisation au deuil périnatal) et revendiquer plus de reconnaissance.

ET DANS LES SOINS ?

Dans l'histoire moderne de l'obstétrique, jusqu'aux années 1970, les soignants ont encouragé les parents à éviter les contacts avec ce bébé décédé, comme pour mieux l'oublier. Aujourd'hui, des recherches montrent au contraire le bénéfice de la rencontre et l'intérêt de constituer des souvenirs.

En 2009, paraît une circulaire qui recommande aux soignants de constituer des traces mémorielles (6). On réalise alors

des empreintes de pieds ou de mains. On conserve des mèches de cheveux ou le bracelet de naissance. De nombreux bébés sont photographiés par les soignants, et de plus en plus, par les familles elles-mêmes ou des photographes spécialisés (Delarbre Faugeras, 2020).

En maternité, le devenir des corps devient une préoccupation (Dumoulin, 2001). Parce qu'il n'y a pas d'obligation à organiser des funérailles pour ces enfants nés sans vie, ce sont les hôpitaux qui procèdent à une crémation du « corps » selon les dispositions applicables aux pièces anatomiques d'origine humaine (7). Alors comment faire au mieux pour accompagner les familles ?

Le délai de conservation des corps est de dix jours, ce qui laisse aux parents le temps de la réflexion. La photographie est évoquée par souci de garder des souvenirs tangibles de cette brève existence (Dumoulin, 2001). Pouvoir choisir ces traces mémorielles, prendre des décisions notamment pour les photos (quelles poses ? avec quels objets ? avec une photo des frères et sœurs ?...) sont des étapes importantes pour les parents dans leur « remobilisation psychique » après l'état de choc, dans la mesure de leurs possibilités bien sûr : il y a si peu de moments, pendant lesquels leur parentalité peut s'exprimer.

Techniquement, la photographie post mortem est aujourd'hui plus facile. La photographie argentique a laissé place au numérique. Le matériel est moins encombrant, moins cher, plus disponible et plus discret (smartphones) et désormais accessible. Il n'est plus nécessaire d'exposer ces clichés à des inconnus pour le développement de la pellicule et obtenir les précieux tirages papier. Les retouches sont facilitées : ces images sont donc souvent adoucies. Il s'agit de retouche simple avec un filtre noir et blanc ou sépia (accessible avec un smartphone) ou plus complexe pour « démedicaliser » (supprimer les sondes ou les cathéters) en passant par l'ajustement colorimétrique, pour limiter les nuances de rouge, sur ces peaux fines et fragiles. Les professionnels peuvent ainsi « reconstruire » les parties du corps abîmées par le temps passé in utero et/ou lors de l'accouchement. Ainsi rendues plus « tolérables », plus accessibles, ces photographies se partagent. Elles permettent de présenter l'enfant attendu aux proches et de lui faire une place dans l'album familial. Certaines sont désormais



partagées en ligne ou sur les réseaux sociaux. Elles sont le troisième motif de posts dans les groupes d'autosupport sur Facebook (Bacqué, 2022).

DES PHOTOS POUR SE SOUVENIR

Malgré tout, des réticences perdurent à laisser entrer des photographes dans les maternités. Dans ce contexte, en 2022, nous avons mené l'étude DPimage (7) pour explorer plusieurs dimensions. Un versant prospectif (dans la cohorte des 1273 parents, nous avons comparé ceux qui avaient des photos avec ceux

qui n'en avaient pas) nous a d'abord permis de constater qu'à partir de 2009, date des recommandations faites aux soignants (6), la proportion de parents sans photos a considérablement diminué, passant de 27,58 % à 8,67 %. La principale évolution réside dans le fait qu'ils réalisent eux-mêmes ces photos : 36 % avant 2009 contre 62 % après. Elles sont globalement davantage partagées avec l'entourage : 63 % versus 48 %, probablement parce qu'avant 2009, elles étaient moins retouchées (49,82 % contre 80,95 % après 2009).

Lors de cette étude, les parents précisent que les photos sont « souvent » regardées (tous les mois) pour 34 % d'entre eux. Elles le sont « très souvent » (toutes les semaines) pour 16,6 % et tous les jours, pour 16,8 %. Lorsqu'elles sont regardées régulièrement, les parents veulent garder en mémoire le visage de leur bébé (54,8 %), retrouver la sérénité de ses traits pour s'apaiser (32,6 %), mais aussi pour revoir les malformations et se conforter dans la décision de l'interruption médicale de grossesse (IMG) (2,1 %).

Par ailleurs, ils sont 41 % à avoir un tatouage en lien avec ce bébé décédé et 52 % à posséder des dessins. Les photos peuvent aussi être un support pour ces autres techniques de représentation. Enfin, 20 % des parents expliquent utiliser ces images par la suite pour un rituel et 74 % d'entre eux pour présenter l'enfant à leurs proches.

LA SANTÉ MENTALE DES PARENTS

Que sait-on de l'effet de ces images sur leur santé psychique ?

Selon Cacciatore et al., les mères qui ont vu et tenu leur bébé mort-né présentent moins de symptômes anxieux et de dépression (Cacciatore, 2008). Erlandsson et al. (2013) rapportent que voir cet enfant décédé est une étape normale de l'accouchement. En effet, les mères à qui on avait présenté le bébé sans leur demander si elles le souhaitaient ont plus souvent déclaré que l'expérience était « confortable » par rapport à celles à qui on avait posé la question au préalable (86 % contre 76 %). Elles ont plus souvent déclaré que la démarche était « naturelle » et « bénéfique » (73 % contre 61 % et 78 % contre 69 %). Elles se sentaient par ailleurs plus à l'aise et moins effrayées si le soignant s'engageait dans un « lien hypothétique », si ce bébé était spontanément présenté. En 2023, une revue de littérature parue dans *Women and Birth* (Oxlad, 2023) confirme l'importance de normaliser ces prises de vues dans les expériences de deuil périnatal, à la fois lors du décès mais également pour l'avenir. Si la photographie post-mortem peut générer des sentiments ambivalents chez les parents, elle offre aussi une validation de la perte et aide à expliquer la situation aux frères et sœurs. Le regard des parents sur la photographie fluctue également au fil du temps, mais les clichés « prouvent » aux parents que leur enfant a existé, leur permettent de partager son image avec

d'autres et de conserver des souvenirs au fil du temps. Cette revue de la littérature souligne que les parents qui ont choisi de ne pas avoir de photos, pour diverses raisons, ont exprimé des regrets, tandis que ceux qui ne voulaient pas voir les photos lors du décès, étaient reconnaissants de les avoir par la suite. Que ces photographies soient disponibles semble donc le plus important pour ces parents. Si l'urgence de réaliser les clichés est réelle (dans la mesure où le délai de conservation des corps est de 10 jours), il n'y a en revanche aucune urgence ni d'obligation à les regarder ou à les utiliser ! Les photos envoyées par l'association Souvenance sont, par exemple, restituées dans un coffret. Les parents sont avertis de l'envoi et restent libres de l'ouvrir ou non. C'est parfois seulement à la date anniversaire que le besoin de revoir le tout-petit se manifeste.

MESURER LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

Un versant observationnel de l'étude DPI-image a porté sur les signes d'anxiété et dépressifs de 1273 parents endeuillés. Après l'accord du Comité de protection des personnes, un questionnaire a été diffusé auprès de réseaux de périnatalité, d'associations et de groupes d'autosupport pour solliciter les parents d'un tout-petit décédé. Les scores de dépression ont été évalués avec plusieurs outils : échelle de dépression post-partum d'Edimbourg pour les mères (8), échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HAD) (9) pour le coparent, questionnaire d'anxiété état-trait (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI) (10) pour tous.

Le faible effectif de coparents ne nous a pas permis d'obtenir de résultats significatifs. Concernant les mères, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre celles qui disposaient de photos et celles qui n'en avaient pas. Pour éviter le biais lié au temps (les parents sans photos ont des deuils plus anciens), nous avons réalisé une analyse secondaire sur les deuils les plus récents (les quatre dernières années). Les mères ayant des photos retouchées présentent moins de symptômes dépressifs, comparées à celles qui n'ont pas de photos. On note moins de signes dépressifs en termes de prévalence mais aussi d'intensité, avec des scores de dépression moins élevés chez les mères en possession de photos retouchées.

L'attention et les soins portés à ces bébés, même décédés, semblent adoucir la souffrance des parents. De plus, la satisfaction des soins reçus au moment de cette perte est plus importante chez les parents qui disposent de photos. DeMontigny (2020) a également identifié que ce niveau de satisfaction à l'égard des soins reçus est un facteur protecteur important après un avortement spontané. Enfin, les parents en possession de photos perçoivent aussi un meilleur soutien par leurs proches.

CONCLUSION

Si la photographie post-mortem en périnatalité peut surprendre, elle existe en réalité depuis longtemps. Les progrès techniques permettent d'obtenir des images adoucies qui favorisent le partage autour de la perte et des souffrances endurées. Cette approche, aujourd'hui recommandée pour soutenir les familles dans le deuil, peut également contribuer à inscrire ces tout-petits dans la mémoire familiale.

Réaliser ces photos ou, au minimum, les proposer aux parents, relève du rôle des soignants dans le respect de leur investissement autour de la grossesse. Il ne s'agit ni de penser à leur place ni de vouloir pour eux et il est nécessaire de respecter leur temporalité. En gardant à l'esprit que les parents ne sont pas dans des conditions de choix éclairé au moment du décès (à cause de la sidération psychique, de l'état de choc...), il faut les guider avec des propositions claires (prévoir un plaid, un doudou, une photo des frères et sœurs...). Aujourd'hui, la demande des soignants de se former à cet outil (grâce au Réseau périnatal Alpes-Isère) confirme leur intérêt, et semble souhaitable pour favoriser une bonne qualité d'images et permettre des retouches par des photographes professionnels, pour ceux qui le souhaiteraient.

1 – Sanctuaire à répit : type de lieu saint rencontré en pays de tradition catholique. Selon la croyance populaire, le « répit » est, chez un enfant mort-né, un bref temps de retour temporaire à la vie, qui permet de conférer le baptême avant la mort définitive. Baptisé, l'enfant pourra entrer en paradis au lieu d'errer éternellement dans les limbes où il serait privé de la vision de Dieu. Le répit n'est possible qu'en certains sanctuaires, le plus souvent consacrés à la Vierge dont l'intercession est nécessaire pour obtenir un miracle.

2— Témoins de leur temps, Edmond et Jules de Goncourt ont tenu puis publié une sorte de journal intime. Compte tenu de leur position sociale, il prend aujourd'hui l'aspect d'une petite encyclopédie de la vie culturelle sous le Second Empire et la Troisième République. Voir *Journal*, E. et J. de Goncourt, Folio Gallimard, 2021.

3— L'association Souvenance offre gratuitement aux parents des photographies de qualité professionnelle de leur bébé décédé, en intervenant à la maternité, ainsi qu'un service de retouche des photographies réalisées par le personnel de santé ou les parents eux-mêmes.

4— Loi du 6 décembre 2021 visant à nommer les enfants nés sans vie.

5— Décret du 1^{er} mars 2022 et arrêté du 3 mai 2022 portant réforme du Livret de famille.

6— Annexe I de la circulaire portant sur les recommandations en matière d'accompagnement du deuil périnatal Circulaire DHOS/DGS/DACS/DGCL N° 2009/182 du 19 JUIN 2009

7— Article : Apport de la photographie dans le deuil périnatal : état des lieux et évaluation sur la santé mentale des parents (In Actes colloque complet diflamor)

https://diflamor.sciencesconf.org/data/pages/Actes_du_Colloque_Complet_diflamor_fr.pdf [consulté en ligne le 29 juillet 2025]

8— Utilisée en dépistage / repérage, l'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg est un autoquestionnaire rapide en 10 items portant sur l'état émotionnel des jeunes mères au cours des sept derniers jours.

9— L'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HAD) est un autoquestionnaire de 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores.

10— L'inventaire d'anxiété trait-état de Spielberger se compose de deux parties séparées comprenant chacune 20 items, évaluant de façon indépendante l'anxiété-trait (généralisée, chronique) et l'anxiété-état (transitoire, liée à la situation actuelle). Les réponses sont graduées en quatre degrés en fonction de leur intensité ou de leur fréquence.

BIBLIOGRAPHIE

- Bacqué, MF, Sani, L., Rauner, A., Losson, A., et al. (2018). « Mort périnatale et d'un jeune enfant. Histoire des rites et des pratiques funéraires en Europe issus de l'expression affective et sociale du deuil. Première partie : de la Préhistoire aux Lumières ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol 66, n°4, Elsevier Masson, pp. 240-247.
- Bacqué, MF, Sani, L., Rauner, A., Losson, A., et al. (2018). « Mort périnatale et d'un jeune enfant. Histoire des rites et des pratiques funéraires en Europe issus de l'expression affective et sociale du deuil. Deuxième partie : des Lumières à aujourd'hui ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol 66, n°4, Elsevier Masson.
- Bails-Barré, Nathalie; Tirel, Melissa, (2017), « Les sépultures de nouveau-nés et de nourrissons découvertes hors des contextes funéraires traditionnels en Gaule Aquitaine (Ier s. a.C. -Ve s. p.C.) ». In: *Aquitania : une revue inter-régionale d'archéologie*, éditions Persée, tome 33, pp. 173-211.
- Beauquier-Maccotta, Berengere; Shulz, Jessica; De Wailly, Diane; Meriot, Marie Emmanuelle; et al. (2022), « Prenatal attachment, anxiety and grief during subsequent pregnancy after medical termination of pregnancy. Attachment to which child? » *J Gynecol Obstet Hum Reprod.*, 51(4), France, Elsevier Masson.
- Bolloch J, Souriez vous êtes morts - Photographies post mortem, Fages Éditions, 2024, ISBN 2849757888.
- Cacciatore, Joanne; Radestad, Ingela; Froen, J.Frederik (2008), « Effect of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression » *Birth*; 35 (4) : 313-320, États-Unis.
- DeMontigny, Francine; Verdon, Chantal; Meunier, Sophie; Gervais, et al. (2020) « Protective and risk factors for women's mental health after a spon-

taneous abortion » *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 28: e3350, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brésil.

- Delarbre Faugeras Hélène, Estelle Cotte Raffour, L'accompagnement par la photographie lors d'un deuil périnatal, Sages-Femmes, Volume 19, Issue 3, 2020, Pages 29-31.
- Dumoulin M, Valat A-S, Morts en maternité : devenir des corps, deuil des familles, *L'Esprit du temps*, « Études sur la mort » 2001/1 no 119, pages 77 à 99.
- Erlandsson, Kerstin; Warland, Jane; Cacciatore, Joanne; Radestad, Ingela, (2013) « Seeing and holding a stillborn baby: mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth-findings from an online questionnaire ». *Midwifery*.29(3):246-50, Ecosse.
- Gélis Jacques. La mort et le salut spirituel du nouveau-né. Essai d'analyse et d'interprétation du « sanctuaire à répit » (XVe-XIXe s.). In: *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, tome 31 N°3, Juillet-septembre 1984. pp. 361-376.
- Morel, Marie-France, (1998), « Représenter l'enfant mort dans l'Occident chrétien du Moyen Âge à nos jours », in. Catherine Le Grand-Séville et al. *Le fœtus, le nourrisson et la mort*, édition L'Harmattan, pp. 83-104.
- Oxlad, Melissa; Franke, Elisabeth; Due, Clémence; Jaensch, Lauren, (2023) « Capturing parents' and health professionals' experiences of stillbirth bereavement photography: A systematic review and meta-synthesis », *Women and Birth*, Volume 36, Issue 5, Pages 421-428, Pays-Bas.
- Sani, Livia; Bacqué, Marie-Frédérique, (2022) « Deuil périnatal en ligne : différences de genre dans les groupes Facebook », *Études sur la mort*, n° 157, Ed. Centre International des Études sur la Mort, France, p. 113-129. doi: 10.3917/eslm.157.0113.

Résumé : En périnatalité, la photographie post-mortem peut surprendre, mais elle existe en réalité depuis longtemps. Cette approche, aujourd'hui recommandée pour soutenir les familles dans l'épreuve du deuil, peut contribuer à inscrire ces tout-petits dans la mémoire familiale. Le deuil périnatal concerne la perte d'un enfant au cours de la grossesse ou dans les sept premiers jours de vie, et entraîne un processus psychique spécifique. Après un aperçu historique de la représentation des tout-petits décédés, cet article présente les usages contemporains de la photographie post-mortem en périnatalité. S'appuyant sur une étude réalisée auprès de 1273 parents endeuillés, il revient également sur les bénéfices de ces photos sur la santé mentale des personnes concernées.

Mots-clés : Deuil – Enfant mort – Histoire familiale – Périnatalité – Photographie – Processus psychique – Recherche – Rite funéraire – Travail de deuil.

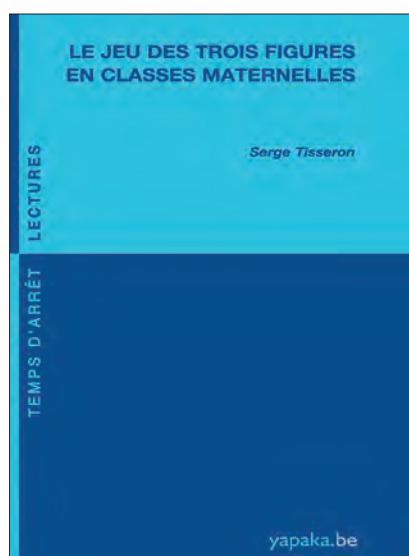
Le jeu des trois figures en classes maternelles

Serge Tisseron

Un dispositif de jeu de rôle utilisé comme outil de prévention de la violence scolaire.

DOMINIQUE FRIARD

ISP, superviseur d'équipes.



L'AUTEUR

Né en 1948 à Valence, le psychiatre Serge Tisseron est également docteur en psychologie et coresponsable avec Frédéric Tordo du diplôme universitaire de cyberpsychologie à l'université Paris-Cité (voir dossier *Addiction numérique, Santé mentale*, mars 2025). Ses recherches portent sur les secrets de famille, les relations aux images et le rapport des enfants aux nouvelles technologies. On lui doit notamment l'élargissement du concept d'extimité définie comme « *le désir de rendre visibles certains aspects de soi jusque-là considérés comme relevant de l'intimité.* » Il est également à l'origine de l'Institut pour l'histoire et la mémoire des catastrophes, qui travaille sur la notion de résilience.

L'OUVRAGE

En 2010, Serge Tisseron présente un programme de lutte contre la violence en milieu scolaire basé sur le développement

des compétences empathiques, le « Jeu des trois figures », qu'il a expérimenté en 2007. Le chercheur et pédagogue Philippe Meirieu lui consacre un documentaire en 2011. En 2013, l'Académie des sciences salue une activité qui permet aux enfants de mieux gérer l'impact de la violence exercée sur eux par les images. La méthode est aussi recommandée par la Ligue de l'enseignement. En 2023, elle est généralisée à l'ensemble de l'académie de Paris dans le cadre du programme PHARe (pour lutter contre le harcèlement à l'école). Depuis 2022, l'association Développer l'empathie par le jeu des trois figures est également soutenue par la fondation citoyenne Make.org (1).

Dans ce court ouvrage d'une cinquantaine de pages publié par yapaka.be, plateforme belge de prévention de la maltraitance, Serge Tisseron expose d'abord les raisons qui l'ont conduit à proposer le jeu de rôles des trois figures pour réapprendre aux enfants à jouer (ce qui est assez surréaliste si nous prenons le temps d'y réfléchir). Il décrit ensuite sa mise en œuvre en classe : ce jeu est proposé en demi-groupes, une fois par semaine (en grande session de maternelle), plutôt en début d'après-midi, pendant une petite heure. Les enseignants y sont spécifiquement formés (durant trois jours). Chaque enfant est invité à jouer une histoire créée par le groupe à partir de situations vécues par procuration (sur les écrans). Ce récit mobilise trois personnages – agresseur, victime et redresseur de tort – chaque enfant devra les jouer successivement et passer d'une position à l'autre.

Dans la suite de l'ouvrage, l'auteur répond aux questions des enseignants. Pourquoi un jeu de rôles ? « *Il favorise en effet à la fois l'engagement corporel,*

la construction narrative et la capacité de faire semblant. » C'est au croisement de ces trois facultés que s'engage pour l'enfant un travail de symbolisation qui lui permet de dépasser les microtraumatismes cumulatifs quotidiens imposés par les images, y compris « *celles des programmes qui sont soi-disant destinés* » aux plus jeunes.

Serge Tisseron a par ailleurs montré que la réception des images mobilise en profondeur le corps vécu des jeunes enfants. Choqués par les images, ils activent trois types de réponse : des gestes, des attitudes et des mimiques qui relèvent de la symbolisation sensori-motrice, des images fabriquées ou simplement imaginées et enfin les mots parlés ou écrits. Le travail psychique engagé dans la fabrication de ces formes de symbolisation est en grande partie inconscient, mais pour être efficace, il nécessite toujours la présence d'un tiers. Serge Tisseron énonce que le traumatisme frappe toujours deux fois : au moment de la catastrophe elle-même, puis au moment où l'enfant ne trouve personne pour l'aider à dépasser ce premier choc.

Certains enfants vont tenter d'utiliser les repères des images pour résoudre les problèmes de leur vie quotidienne et tenter de se débarrasser sur un autre de la figure battue et humiliée qui les habite. Ils peuvent aussi intégrer que le monde n'est fait que de violence et se positionner en victimes résignées. Grâce à un entourage suffisamment bienveillant, ils peuvent également développer des réflexes constructifs et réparateurs et s'imaginer volontiers pompier, infirmier ou travailleur social. Les enfants ont tendance à se projeter toujours dans le même rôle (agresseur, victime ou redresseur de tort).

L'INTÉRÊT POUR LES SOINS

Serge Tisseron décrit très précisément le protocole de ce jeu de rôle. Hors contexte scolaire, chaque soignant désireux d'utiliser cette modalité de soin pourra s'inspirer des sept consignes et des sept moments identifiés, qu'il adaptera à son projet d'animation.

1 – Organisation qui mobilise les citoyens pour transformer positivement la société.

Tisseron Serge, *Le jeu des trois figures en classes maternelles*, yapaka.be, Bruxelles, 2010.

Le jeu de rôle, un outil de soin ?

Les équipes soignantes mobilisent de plus en plus le jeu de rôle dans leurs pratiques. Cet outil met en travail les capacités relationnelles, les angoisses du lien, les difficultés de la rencontre et de l'ajustement avec l'autre, autant de problématiques au cœur des troubles psychiques. Quelles différences avec le psychodrame ? Rétablissement, psychoéducation, entraînement des habiletés sociales, formation... Comment le jeu de rôle permet-il d'expérimenter une autre place, de « progresser » ou d'engager des changements profonds ?



- 22 **Jeu de rôle : du divertissement au soin**
Corentin Boulay
- 30 **Psychodrame ou jeu de rôle ?**
Corinne Gal
- 36 **Le jeu de rôle, un laboratoire du lien social**
Jérôme Favrod, Alexandra Nguyen, Armando Brana, Alban Ismailaj, Shyhrete Rexhaj
- 42 **Apprendre à s'affirmer avec le jeu de rôle**
Nicolas Duchesne
- 48 **De la richesse pédagogique du jeu de rôle**
Dominique Friard
- 54 **Poser des limites grâce au micro-jeu de rôle**
Pierre de Bérail
- 58 **Un jeu de rôle sur la psychose émergente**
Jonathan Pionnier
- 64 **Le jeu de rôle pour cultiver l'autocompassion**
Marine Bondel, Antony Robin
- 70 **Pour en savoir plus**

Jeu de rôle : du divertis

Le jeu de rôle constitue une situation intersubjective complexe qui met au travail les capacités relationnelles, les angoisses du lien, les difficultés de la rencontre et de l'ajustement avec l'autre. Ces questions sont au centre de nombreuses problématiques psychopathologiques.

■ En 2019, j'anime un atelier d'écriture en hôpital de jour pour adolescents. Ce dispositif est principalement investi par des jeunes qui présentent des symptômes dépressifs. Ceux-ci resurgissent dans leurs textes et ouvrent à des échanges collectifs, autorisant la reprise du lien.

Mais Solène, elle, n'écrit pas. Face à la consigne d'écriture, ou à mes tentatives d'étayage, elle reste muette, comme si les mots ne l'atteignaient pas et que le stylo restait insaisissable. Je lui propose alors d'écrire pour elle en soutenant son imagination : « *Comment s'appellerait ton personnage ?* » ; « *Quelle personne est importante pour lui ?* » ; « *Qu'a-t-il vécu d'important ?* » ; « *Quels lieux marquants a-t-il visités ?* ». Cette fois, la parole émerge et Solène parvient à se projeter dans la fiction. Elle répond à haute voix aux questions posées, comme si le récit se déroulait sous ses yeux, emportant avec elle les autres participants du groupe qui se prêtent au jeu et à la création d'une histoire collective, spontanée et verbale.

Si la médiation, et plus spécifiquement celle de la création d'un récit, a jusqu'alors

orienté ma pratique clinique, ce jour-là, le jeu de rôle a révélé toute sa « puissance » thérapeutique, en tant que levier de réengagement des processus créatifs et de l'expression de soi.

DÉFINIR LE JEU DE RÔLE

Les concepts mobilisés pour comprendre le jeu de rôle (JDR) s'appuient sur une littérature dense, au croisement de disciplines comme la ludologie (1) et la narratologie (2), qui constituent autant de cadres théoriques pour penser cet objet atypique. De plus en plus populaire, ce médium en constante évolution recouvre des pratiques hétéroclites, à partir de supports diversifiés (Bowman et al., 2024) à tel point que toute tentative de circonscription et de définition consensuelle s'avère complexe (Zagal et Detering, 2018). Alors que certains tentent d'encerner les irréductibles contours, d'autres s'aventurent plutôt du côté d'une définition fondée sur l'expérience produite (Bowman, 2010).

Pour la Fédération française de jeu de rôle (FFJDR) (2006), il s'agit d'un jeu de société collaboratif, dans lequel un meneur met en scène un univers fictionnel et des aventures pour des joueurs qui incarnent les personnages principaux. Le jeu s'organise alors comme un dialogue, par lequel les joueurs décrivent les actions de leurs personnages : le meneur décrit les conséquences des différentes actions, interprète les personnages secondaires de l'histoire et arbitre la partie via un système

Corentin BOULAY

Docteur en psychologie, Psychologue clinicien, Chercheur pour le projet Capaciti, Laboratoire INTERPSY, Université de Lorraine, Membre associé, laboratoire LARPsyDIS, Univer. de Lausanne.



sement au soin





© Franck Chartron.

L'artiste du mois Franck Chartron

Né à Niort en 1973, Franck Chartron combine une activité artistique et un travail d'assistant d'éducation en milieu scolaire. Autodidacte, il a commencé à dessiner et peindre au milieu des années 1990, d'abord sur toiles puis sur papiers ou cartons, essentiellement à la gouache et aux Poscas puis en y associant la pratique du collage. Les couleurs sont vives, les fonds soignés, le trait subtil. Il expose ponctuellement ses productions picturales et illustre épisodiquement des articles pour le quotidien *Le Monde*. Puisant dans de longues années d'excursions picturales, il génère une imagerie à « l'inquiétante étrangeté », selon l'expression de Freud. Oscillant entre vilenie et fantaisie, cynisme et morale, familiarité et rejet, son travail paraît guidé par une insaisissable ambiguïté. Il plonge le spectateur dans une sorte de monde parallèle, une fiction délirante où pourtant affleurent la réalité et les sujets d'actualité. Rêves, cauchemars, hallucinations ? Chaque image est composée comme une saynète, souvent jouée sur une piste de cirque ou une scène de théâtre. Que se passe-t-il ici ? Comme à la recherche d'indices pour résoudre une énigme, on se perd dans les détails foisonnants de chaque tableau, animaux, plantes, objets, main, bouche, œil... L'effroi ou la bêtise guettent, mais aussi l'humour, la dérision, la créativité. Pour ces créatures comme prises au piège d'un jeu dont les règles leur échapperaient, la tendresse et l'humanité du peintre ne sont jamais très loin...

• En savoir plus sur son blog :
<http://franckchartron.blogspot.fr>

de règles préétablies. La psychologue Lydie Bonnet, (2017) compare le jeu de rôle à l'improvisation théâtrale, à ceci près que sa pratique est beaucoup plus statique, et s'organise le plus souvent autour d'une table plutôt que sur scène. Les chercheuses (et *Game designers*, conceptrices de jeux) Sara Lynne Bowman et Joséphine Baird (2022) considèrent le jeu de rôle comme une multiplicité de pratiques qui ont en commun d'être des expériences cocreatives reposant sur l'immersion des joueurs dans un monde fictionnel. Ces derniers incarnent des personnages et improvisent spontanément le jeu au fil de l'histoire. D'autres auteurs complètent cette définition en relevant le caractère fondamental du système de règles (Ryan, 2023 ; Arenas et al., 2022), qui revêt une fonction spécifique (Montola, 2008). En effet, si dans nombre de jeux, ces règles visent à cadrer l'expérience ludique et relationnelle, dans le jeu de rôle, elles dépassent cette fonction. D'une part, parce qu'elles ne sont ni rigides, ni fixes, mais évoluent au rythme de la partie et des interactions, pour la simple et bonne raison que leur garant est un arbitre humain : le meneur de jeu. D'autre part, les règles modélisent et simulent la réalité de la fiction, et deviennent les interfaces par lesquelles les joueurs entrent en contact avec elle. Pour illustrer mon propos, j'aime utiliser l'analogie de la boîte à jouets : quand l'enfant y plonge la main, il accède à une multitude d'objets très variés sur le plan matériel et sensoriel et il en extrait des jouets aux couleurs, matières et contours très différents. Le jeu de rôle, qui s'appuie uniquement sur un matériel verbal, communicationnel et imaginaire, ne dispose pas de cette dimension physique : le sujet plonge dans l'imaginaire, et les règles se chargent de définir les contours des matériaux qu'il peut utiliser durant une partie, afin de les représenter, de les partager au groupe et ainsi de les « manipuler » dans l'espace ouvert par le jeu.

Prenons l'exemple du jeu vidéo et de la situation classique du combat. Le joueur voit « de ses yeux » un pirate, capitaine d'un bateau. Lorsqu'il presse sur un bouton, il regarde son personnage réaliser une action (comme donner un coup d'épée à un ennemi) qui produit des effets visuels mais aussi « concrets » : l'ennemi perd des points de vie sous l'effet de la blessure (leur nombre dépend de sa capacité de résistance, de ses compétences d'esquive,





© Franck Charton.

de la facture de l'arme, de la force du personnage...).

Dans le cadre du jeu de rôle classique, cette représentation réelle n'existe pas : pas de carte graphique, ni de programme informatique pour effectuer les calculs, simuler et modéliser les dégâts infligés à l'ennemi. Tout se déroule par la parole, selon un système de règles intériorisé par le meneur. Ainsi, c'est lui, en accord avec les joueurs, qui détermine les dégâts subis par l'adversaire et c'est lui aussi qui prend en charge le récit de l'affrontement.

Diego : — « Je veux attaquer, je lui donne un coup d'épée.

Meneur de jeu : — *Tu touches ton adversaire, qui porte une tunique rouge et ne semble pas bien courageux. Il perd 3 points de vie, et immédiatement il te supplie de le laisser partir. Alors que fais-tu ?*

Diego : — *On le met en prison !* » Comme mentionné précédemment, le garant de l'arbitrage et des règles est un humain, inscrit dans une dynamique relationnelle. L'interaction entre joueurs autorise tout à fait les adaptations, négociations et évolution des règles, comme dans cet exemple :

Diego : — « J'ai une super épée, elle lui fait des gros dégâts !

MJ : — *Alors, disons qu'elle inflige 4 dégâts à ce pirate, au lieu de 3. »*

Le jeu de rôle est réputé interactif, manipulable et transformable à volonté (Caïra, 2020), peut-être plus encore que n'importe quel autre médium, qu'il soit littéraire ou vidéoludique (3). C'est donc son système de règles qui favorise la simulation, la représentation d'un univers fictionnel et garantit le partage d'un espace collectif dans lequel chacun peut interagir et trouver une place cohérente. Ce faisant, le jeu de rôle produit une forme de créativité particulière, nommée « intercréativité » (David, 2015), c'est à dire que lorsqu'un joueur prend l'initiative de transformer le cadre de la narration, il le transforme pour tous les autres joueurs, appelant de leur part une capacité d'adaptation et d'intégration de ces transformations dans leurs propres itérations.

Si le jeu de rôle se rapproche donc d'une multitude d'autres médiums (de l'improvisation théâtrale, du jeu vidéo ou encore du psychodrame) (voir aussi l'article de C. Gal, p 30), il s'en distingue par plusieurs ingrédients qui se conjuguent de manière singulière.

AU-DELÀ DU DIVERTISSEMENT

Le jeu de rôle produit des effets chez les joueurs : il favorise le bien-être, l'expression de soi, la créativité et une certaine forme de résilience (Hughes, 1988 ; Bowman, Lieberoth, 2018 ; Abbott et al., 2022). Il s'agit aussi d'une expérience sociale aux supports pluriels (Boulay et Roman, 2024) qui engage profondément le joueur dans une dynamique de liens, via une situation fictionnelle aux effets bien réels. Il produit un véritable vécu subjectif, composé d'affects, de pulsions, d'émotions, de sensations, et, comme toute activité ludique, narrative et relationnelle, il transforme les sujets qui s'y prêtent dans leur identité (Diakolambrianou et Bowman, 2023).

De fait, la richesse du jeu de rôle peut aussi mobiliser des processus particulièrement appropriés aux enjeux d'accompagnements divers. Certains jeux servent en effet de support à l'acquisition de connaissances historiques (Thonney, 2020), ou au développement de compétences cognitives et logico-mathématiques (Zamboni et al., 2024 ; Bowman, 2015). Des auteurs utilisent aussi le jeu pour transposer dans le domaine ludique une matière savante dense et complexe (Jaworski, 2024). D'autres JDR participent à l'identification et à l'expression des émotions, et pensent leur *gameplay* (l'ensemble des actions que les joueurs peuvent réaliser dans un jeu vidéo) à cet usage (Sylphelle, 2025).

Ainsi, régulièrement mobilisé dans les champs de l'éducation, de la pédagogie, de la formation, le jeu de rôle est particulièrement adapté sur le plan psychothérapeutique. Le jeu iconique *Donjons et Dragons* (4) a, par exemple, montré sa pertinence sur le plan de la gestion des dilemmes moraux, du déploiement de la réflexivité et des compétences socio-émotionnelles (Yuliawati et al., 2024). Il a ainsi été utilisé dans le champ des addictions (Billieux et al., 2025), des troubles dépressifs et de l'anxiété sociale (Buyukozturk, Shay, 2022 ; Abbott et al., 2022). Par ailleurs, certaines formules particulièrement participatives, destinées à « faire créer » puis « faire jouer » le fruit de la création, ont témoigné d'effets positifs sur la socialisation, l'hyperactivité et les troubles associés à la gestion des émotions (Ryan, 2023). Enfin, d'autres travaux font état de ses potentialités subjectivantes (Bonnet 2017), et son inscription dans le champ des médiations thérapeutiques révèle sa pertinence dans l'accompagnement

des problématiques liées aux troubles du comportement, de la socialisation et plus largement dans les problématiques du lien, de la rencontre et de la séparation chez les adolescents (Boulay et Roman, 2023 ; Boulay 2023).

SUPPORT THÉRAPEUTIQUE

Considérons à présent le jeu de rôle à l'aune des théories relatives au champ des médiations thérapeutiques. En effet, s'il peut être défini sous son aspect ludique et littéraire, il doit s'articuler à un modèle du soin pour être envisagé en tant que support thérapeutique.

Les médiations sont des pratiques cliniques, souvent groupales, fondées sur le jeu et/ou la création artistique, artisanale, mobilisée pour travailler auprès de populations pour lesquelles la psychothérapie appuyée sur le verbal, le face-à-face, la

relation duelle et le « dévoilement de soi » est contre-indiquée ou difficile d'accès. Elles sont indiquées dans le cadre de cliniques dites de « l'extrême », c'est-à-dire traversées par un langage du corps envahissant, parfois menaçant, mobilisé à l'insu même du patient, en écho à une angoisse et à une souffrance interne si intense qu'elle ne peut se traduire par les mots (Brun et Roussillon, 2021).

Ce modèle théorique repose sur un certain nombre de concepts, parmi lesquels l'hypothèse de l'inconscient est fondamentale. Celle-ci suppose que les difficultés, les conflits, les souffrances actuelles trouvent une origine dans l'histoire du patient et sont les signes de la répétition d'un problème rencontré par le passé, resté sans solution, qui contribue à l'installation d'un rapport à soi et aux autres insatisfaisant, voire pathologique (Roussillon, 1991).

C'est ainsi que le transfert – le lien au thérapeute – devient un outil central de l'accompagnement. En repérant les signes de souffrance dans la relation elle-même, il devient possible d'en retracer l'histoire. Cependant, lorsque la capacité à entrer en lien est si difficile que la relation duelle et l'investissement du verbal sont mis en échec, alors la médiation est une aire à investir (Brun et al., 2016) susceptible de mobiliser un transfert d'une autre nature, plus comportemental, moteur, sensoriel (le lien se fait dans la manipulation de la matière) et sécurisé sur le plan relationnel (le médium ne risque pas d'être détérioré, ne menace ni de représailles, ni d'abandon lorsqu'il est malmené). Par ailleurs, l'ingrédient fondamental d'une telle approche thérapeutique réside dans la liberté associative (Brun et al., 2016) c'est-à-dire l'autorisation faite au patient d'exprimer ce qu'il souhaite dans le cadre de sa thérapie, librement, en faisant fi des normes sociales et souvent des interdits qui s'y adossent. En psychothérapie, cette liberté se traduit dans la parole. En médiation, c'est la création, le jeu qui en sont les supports, entendus comme des formes motrices et corporelles d'expression de soi, de dévoilement (Winnicott, 1974). Si la liberté est la condition de l'émergence des conflits et de leur histoire, et de la possibilité de leur apporter une réponse, dans la thérapie (qui rompt avec la répétition de systèmes de pensées, de comportements, de modalités relationnelles automatiques, subies et insatisfaisantes), elle nécessite un cadre contenant qui autorise le sujet à exprimer ce qui pour lui est destructeur sans se laisser détruire en retour, sans s'effondrer, et se révéler destructeur (Bion, 1983). Dans un second temps, l'environnement thérapeutique doit devenir lieu de symbolisation (Roussillon, 1991), qui permette la transformation de la souffrance en des formes plus compréhensibles et saisissables, porteuses de sens et dont la dimension « contrainte », automatique, pourra potentiellement être identifiée puis déjouée pour conférer au patient davantage de liberté dans les différentes dimensions de son existence. La richesse de l'expérience sensible offerte par le jeu, la résistance du cadre dans son ensemble ainsi que la présence, la verbalisation, l'attitude et les interprétations des thérapeutes constituent les vecteurs fondamentaux de la symbolisation.

Le modèle et la pratique du soin par les médiations reposent donc sur ces

Bref historique

Le jeu de rôle est issu d'une évolution des « wargames ». Ces jeux de stratégie et de simulation d'affrontements entre armées ennemies relèvent, d'une part, de l'introduction d'un arbitre qui matérialise les effets du hasard dans les interactions entre joueurs, et, d'autre part, du désir des joueurs d'incarner des personnages particuliers, des individualités au sein de leurs armées. La conjonction de ces deux ingrédients a fait émerger les prototypes de ce qui deviendra *Donjons et Dragons*^{*}, imaginé dans les années 1970 par les créateurs de jeux américains Dave Arneson et Gary Gygax.

Mais si le jeu de rôle s'inscrit dans l'histoire des jeux de société, **il prend également appui sur un autre domaine culturel : celui de la littérature interactive** ou « ergodique »^{**}. Classiquement, les œuvres littéraires sont dites « contemplatives », linéaires : elles se déroulent sous les yeux du lecteur telles qu'elles ont été écrites par leur auteur. Ainsi, un récit cohérent se lit de manière continue de la première à la dernière page. La littérature ergodique, au contraire, met le lecteur au centre du processus d'élaboration. Il devient un acteur qui construit l'histoire au fil des choix qu'il fait pendant sa lecture.

Parmi les œuvres fondatrices du genre, citons le *Marelle* de Cortazar (1963), dont les chapitres peuvent se lire dans l'ordre souhaité par le lecteur ; *Cent mille milliards de poèmes* de Queneau (1961) et *Le conte à votre façon* (1981), qui font du lecteur l'architecte de la narration puisqu'il choisit lui-même les chapitres qui vont constituer son histoire ou les vers de son poème. Mais le concept de ces ouvrages et le foisonnement de possibles auxquels la littérature confronte virtuellement le lecteur se retrouvent déjà dans *Le Jardin aux sentiers qui bifurquent* de Borges, en 1941, qui préfigure un genre sur un plan thématique, sans toutefois l'exploiter formellement. Néanmoins, c'est dans les *Livres dont vous êtes le héros* (Jackson, 1983 ; Livingstone, 1982) que l'influence mutuelle des deux médiums est la plus prégnante, puisqu'ils se rapprochent fondamentalement de ce que pourrait être un jeu de rôle sans meneur de jeu.

L'histoire du jeu de rôle est ainsi elle-même pleine d'embranchements entre objets culturels divers, qui annoncent déjà une évolution d'une grande richesse. Ces éléments mettent en évidence la pluralité des dispositifs ludiques et narratifs qui en découlent, dont les déclinaisons touchent à la fois le cadre, l'organisation du moment de jeu, les rôles attribués aux joueurs, les univers et les cadres narratifs de référence, ainsi que les mécaniques de jeu. Des univers *fantasy*^{***} à la science-fiction, du jeu de rôle « à l'ancienne » à celui sans meneur, des campagnes étendues sur plusieurs années aux séances uniques, du livre de règles de plusieurs centaines de pages au « petit-JDR » en 500 mots : les formats et les approches sont illimités. Toutes ces formes de jeu appellent à des processus imaginatifs et intersubjectifs complexes, propices à un travail d'accompagnement qui dépasse le cadre du loisir désintéressé.

* « *Donjons et Dragons* », tout premier jeu de rôle sur table de genre médiéval-fantastique.

** *Littérature ergodique* : concerne les textes qui demandent au lecteur de réaliser une action pour qu'ils prennent un sens.

*** *La fantasy* ou *fantasie*, terme issu de l'anglais (*fantasy*, « imagination ») est un genre artistique et littéraire qui représente de phénomènes surnaturels imaginaires, généralement associés au mythe et souvent figurés par l'intervention ou l'emploi de la magie et de l'anachronisme.

concepts de base, mais Roussillon (2009) précise combien chaque médium porte sa spécificité. Car, c'est l'expérience sensible, la rencontre avec un objet qui fonde les enjeux de la clinique et de la thérapie, ainsi que les effets qui en résultent.

Se raconter des histoires permet alors l'exercice de cette fonction : créer du sens, organiser son expérience pour la partager. Ces compétences sont fondamentales pour soutenir le bien-être intrapsychique et l'autonomie du soi.

par la présence de l'autre dans le cadre du jeu et de l'histoire partagée. Le joueur n'est pas seul à intervenir, il doit composer avec ce que les autres proposent. Ainsi, le jeu de rôle constitue une situation intersubjective complexe qui met au travail les capacités

“ **Les transformations qui touchent le cadre à partir de l'un des joueurs le modifient également pour tous les autres joueurs, appelant de leur part une capacité d'adaptation et d'intégration... »**

Par conséquent, il faut tenir compte de la matérialité de chaque médium pour apprécier réellement la singularité des processus qui émergent entre le patient et son objet.

UNE ÉTOILE À 5 BRANCHES

Notre conception du jeu de rôle comme médiation s'organise autour de plusieurs ingrédients caractéristiques qui forment une étoile à 5 branches.

— **Tout d'abord, précisons la notion de jeu.** Pour Winnicott (1974), c'est une activité fondamentale dans la construction de soi, qui contribue à inscrire le sujet dans l'espace symbolique, dans le « faire-semblant ». Le jeu permet une rencontre facilitée, sécurisée avec le monde et restaure les liens avec les objets face aux expériences complexes (par ex. séparation quand le parent s'éloigne). Il consolide la capacité à penser le monde (représentation) et les objets en leur absence. Ainsi, le jeu rend possible la tolérance à la frustration, la capacité à fantasmer la satisfaction (plutôt que l'attente désespérée) ou encore l'expérience du plaisir dans la rencontre. Il contribue ainsi à créer le monde interne et un lien satisfaisant à la réalité.

— Le jeu de rôle est ensuite **une activité narrative**, dimension fondamentale pour la structure du psychisme humain. Histoires de soi, de rencontres significatives ou qui n'ont pas eu lieu..., toutes nos interactions passent par les récits que l'on est en mesure de raconter, sur soi comme sur le monde. Les histoires construisent du sens, nourrissent notre monde intérieur, sont aussi partageables et fondent notre capacité à entrer en lien et à transmettre notre expérience. À cet égard, la narrativité contribue au sentiment interne de cohérence, à la capacité à se comprendre — la réflexivité (Ricœur, 1983 ; Bourlot, 2018).

— Le jeu de rôle repose sur **le champ fictionnel**, également riche d'implications sur le psychisme. Là où la narration organise le champ représentatif, le récit et la fiction nourrissent la subjectivité de contenus. Les épreuves rencontrées par le personnage imaginaire, les soutiens trouvés sur son chemin, les voies de résolution des problèmes sont autant de vécus psychiques qui deviennent des outils au service de la construction de soi (Cueille, 2022). Les contenus de la fiction influencent notre réalité, notre manière de nous percevoir nous-même (Bowman et al., 2025 ; Murray, 2003), nous confrontent à l'adversité et aux moyens de la surmonter, tout en garantissant une distance, une sécurité offerte par la frontière entre réalité et fiction (Polkinghorne, 2021 ; Bowman et al., 2025).

— Le jeu de rôle est **une fiction interactive**. Cet ingrédient fondamental fait du joueur le personnage central de la narration. Ainsi, sa parole prend une valeur transformatrice qui le place dans une position d'agent exerçant une influence sur la situation fictionnelle (Wuyckens, 2018). C'est cette agentivité retrouvée — souvent « amputée » par la souffrance psychique — qui constitue un enjeu important du travail thérapeutique, puisqu'elle confère au sujet le sentiment de maîtrise de soi, du monde, et renforce son identité et le sens de son existence (Kerr et al., 2020). Cette interactivité est d'autant plus facilitée que la fiction et le jeu se révèlent immersifs et que le joueur peut s'identifier à son personnage.

— Pour parachever ce tour d'horizon, il faut évoquer **l'intercréativité** (David, 2015), qui désigne le caractère groupal et participatif de la création. Cette dimension mobilise la capacité du sujet à s'approprier et à s'adapter aux transformations suscitées

relationnelles, les angoisses du lien, les difficultés de la rencontre et de l'ajustement avec l'autre. Ces questions se trouvent précisément au centre de nombreuses problématiques psychopathologiques. Par ses spécificités, le jeu de rôle peut ainsi devenir le lieu d'une exploration sécurisée (et finalement sécurisante) de la complexité des liens et des relations interindividuelles. En ce sens, il peut devenir un lieu de pacification de la rencontre.

CONCLUSION

En articulation avec des conceptualisations propres au champ des psychothérapies, nous pouvons repérer ce qui constitue la spécificité de la médiation par le jeu de rôle. À l'appui de ses déclinaisons dans le champ clinique, le médium se révèle dans toute sa richesse et pertinent à une approche du soin, compte tenu des processus mobilisés. Notons néanmoins que cette dimension thérapeutique n'est pas intrinsèque : c'est bien son articulation à un modèle du soin, à un appareillage théorico-clinique et à des dispositions psychiques particulières qui doivent guider son utilisation. Dès lors, le jeu de rôle révèle son potentiel thérapeutique à une double condition :

— la formation (et donc l'expertise) du clinicien dans le champ du soin psychique et la maîtrise d'un modèle du soin cohérent avec sa pratique ;
— un intérêt pour le médium en lui-même. Le jeu de rôle comme dispositif d'accompagnement reste encore un territoire largement inexploré. Si les cliniciens s'en saisissent, et si la recherche en a fait un objet depuis plusieurs décennies (4), un grand nombre de questions restent à explorer pour comprendre plus finement tout son potentiel.

1— La ludologie est l'étude de l'ensemble des composantes du jeu, l'étude des joueurs, des jeux eux-mêmes et des contextes qui les entourent.

2— La narratologie, ou science de la narration, est une discipline qui étudie les techniques et les structures narratives mises en œuvre dans les textes littéraires (ou toutes autres formes de récit).

3— vidéoludique : relatif aux jeux vidéo.

4— Mon intérêt pour la clinique et la recherche sur le JDR s'est aussi traduit par la fondation d'un réseau de professionnels, le Réseau JDR et accompagnements, qui se réunit au quotidien pour échanger sur Discord ; chaque mois dans un dispositif d'intervention ; et chaque année au cours d'un séminaire dédié aux pratiques du JDR en contexte d'accompagnement. En savoir plus : <https://www.reseaujdr.correntinboulay.fr/>, la chaîne YouTube du Réseau JDR et Accompagnements : <https://www.youtube.com/@jdr-recherchesante2058>

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, M. S., Stauss, K. A., Burnett, A. F. (2022). Table-top role-playing games as a therapeutic intervention with adults to increase social connectedness. *Social Work with Groups*, 45(1), 16-31.
- Arenas, D., Viduani, A., Araujo, R. (2022). Therapeutic Use of Role-Playing Game (RPG) in Mental Health: A Scoping Review. *Simulation and gaming*, 53, 285-311.
- Billieux, J., Fournier, L., Rochat, L., Georgieva, I., et al. (2025). Can playing Dungeons and Dragons be good for you?. *Royal Society Open Science*, 12(4), 250273
- Bion, W. (1981). *Réflexions faites*. PUF.
- Bonnet, L. (2017). Le jeu de rôle en thérapie. *Canal psy*, 120, 26-28.
- Borges, J.-L. (1941). *Fictions*. Paris : Folio.
- Boulay, C. (2023). La destructivité dans le processus créateur en médiation thérapeutique : une nécessité ? Illustration clinique à partir d'un atelier à médiation par le Jeu de Rôle. *Psychothérapies*, 43, 117-127.
- Boulay, C., Roman, P. (2023). Le Jeu de Rôle : une médiation thérapeutique. Propositions conceptuelles sur les caractéristiques malléables du « JdR » en psychothérapie d'adolescents. *Bulletin de psychologie*, 581, 197-208.
- Boulay, C. Roman, P. (2024). La triple temporalité du transfert dans la médiation thérapeutique par le Jeu de Rôle. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 72, 282-289.

- Bourlot, G. (2018). Qu'est-ce qu'une narration ? Les fonctions psychiques de la narration. *L'évolution psychiatrique*, 83, 627-645.
- Bowman, S. L. (2010). *The functions of role-playing games : How participants create community, solve problems and explore identity*. McFarland Company.
- Bowman, S.-L., Lieberoth, A. (2018) *Psychology and role-playing games*. In: Zagal, J., Deterding, S. (Eds.). *Role-Playing Game Studies*: Transmedia Foundations. Routledge.
- Bowman, S., Baird, J. (2022). Transformative potential of immersive experiences within role-playing communities. *Revista de Estudos Universitários*, 48.
- Bowman, S. L., Diakolambrianou, E., Brind, S. (2024). *Transformative Role-playing Game Design*. Uppsala Universitet.
- Brun, A., Roussillon, R. (2021). *jeu et médiations thérapeutiques*. Dunod.
- Brun, A., Roussillon, R., Attigui, P. (2016). *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques*. Dunod.
- Buyukozturk, B., Shay, H. (2024). Social Play? The Critical Role of Social Interaction in Geeky Games. *Leisure Sciences*, 46(5), 733-752. <https://doi.org/10.1080/01490400.2022.2036274>
- Cortazar, J. (1963). *Marelle*. Paris : Gallimard.
- Cueille, J. (2022). Mangas, sagas, séries, les nouveaux mythes adolescents : Devenir soi-même par la fiction. ères.
- David, C. (2015). *Le jeu de rôle sur table : l'intercréativité de la fiction littéraire*. Thèse de doctorat : Littératures. Université Sorbonne Paris Cité.
- Diakolambrianou E., Bowman S. L. (2023). Dual Consciousness: What Psychology and Counseling Theories Can Teach and Learn Regarding Identity and the Role-Playing Game Experience. *Journal of Roleplaying Studies and STEAM*, 2, 5-37.
- Jackson, S. (1983). *Les collines maléfiques*. Paris : Gallimard-jeunesse.
- Kerr, D. J. R., Deane, F. P., Crowe, T. P. (2020). A Complexity Perspective on Narrative Identity Reconstruction in Mental Health Recovery. *Qualitative Health Research*, 30(4), 634-649.
- Livingstone, I. (1982). *Le sorcier de la montagne de feu*. Paris : Gallimard-jeunesse.
- Montola, M. (2008). *The Invisible Rules of Role-Playing The Social Framework of Role-Playing Process*. *International Journal of Role-Playing*, 1, 22-36.
- Murray, M. (2003). *Narrative psychology and narrative analysis*. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, L. Yardley (Éds.), *Qualitative research in psychology : Expanding perspectives in methodology and design*. (p. 95-112). American Psychological Association.
- Polkinghorne, A. (2021). *Critical Fail—Addressing problematic designs in tabletop role-playing games for narrative therapy and community wellbeing*. DiGRA '20 - Proceedings of the 2020 DiGRA International Conference: Play Everywhere.
- Queneau, R. (1961). *Cent mille milliards de poèmes*. Gallimard.
- Queneau, R. (1981). *Contes et propos*. Gallimard.
- Ricœur, P. (1983). *Temps et récits*. Paris : Payot.
- Roussillon, R. (1991). *Agonie, clivage et symbolisation*. PUF.
- Roussillon, R. (2009). *La destructivité et les formes complexes de la « survivance » de l'objet: Revue française de psychanalyse*, Vol. 73(4), 1005-1022.
- Ryan, G. T. (2023). *The Wand in the Well: A Tabletop Role-Playing Campaign in a Child Protection Context*. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 11.
- Winnicott, D.-W. (1974). *Jeu et réalité*. Gallimard.
- Wuyckens, G. (2018). *La triple narrativité du MMORPG à travers la pratique du role-play*. *Sciences du jeu*, 9.
- Yuliawati, L., Wardhani, P. A. P., Ng, J. H. (2024). A Scoping Review of Tabletop Role-Playing Game (TTRPG) as Psychological Intervention : Potential Benefits and Future Directions. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 17, 2885-2903.
- Zagal, J.-P., Deterding, C.-S. (2018). *Role-Playing Game Studies*. Routledge.

LUDOGRAPHIE

- Bowman, S.-L. (2015). *The empire's legacy*. Austin Community College.
- Jaworski, J.-P. (2024). *Te deum pour un massacre*. Open Sesame Games.
- Sylphelle. (2025). 2, rue des mimosas. Publication indépendante.
- Thonney, G. (2020). *Qvotidie*. Publication indépendante.
- Zamboni, C., Farber, M., Merchant, W. (2024). *Roll for Learning : 51 Micro Tabletop Role-Playing Games to Use in the Classroom*. Play press Story.

Résumé : Divertissement de plus en plus populaire, le jeu de rôle trouve aussi sa place dans les pratiques soignantes. Malgré sa proximité avec un certain nombre d'autres médiations thérapeutiques, ses spécificités (création de narration interactive en groupe, via l'incarnation de personnages imaginaires) en font un dispositif particulièrement adapté à l'accompagnement des pathologies liées à l'expression de soi ou à la relation à l'autre. En effet, si son rapport aux mondes imaginaires et ses mécaniques ludiques ne sont pas sans évoquer le jeu vidéo, la réalité augmentée ou certains usages de l'intelligence artificielle, la matière du jeu de rôle est entièrement verbale, symbolique et communicationnelle, ce qui lui confère des potentiels d'immersion et de création illimités.

Mots-clés : Définition – Historique – Interaction sociale – Jeu de rôle – Médiation thérapeutique – Processus créatif – Symbolisation..

Abonnez-vous à la formule

DURÉE LIBRE santé mentale

Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie



Abonnement
papier*



15 €
PAR
MOIS

Abonnement
numérique*



14 €
PAR
MOIS

10 N^{OS}/AN  1 N^O EN CADEAU

LES AVANTAGES DE LA DURÉE LIBRE

- Vous profitez d'une facilité de paiement.
- Vous êtes libre d'arrêter votre abonnement à l'issue d'une période minimale de 6 prélèvements en nous adressant un courrier ou un mail.
- Vous n'avez plus à vous soucier de votre réabonnement.

* Offre réservée aux particuliers pour la France métropolitaine et d'outre-mer.

Découvrez toutes nos offres d'abonnement sur www.santementale.fr

Dans le psychodrame, ce sont toujours les patients qui proposent un jeu lié à leurs préoccupations du moment. Le groupe est ainsi au service de ce thème. À l'inverse, dans le jeu de rôle, ce sont les animateurs qui proposent un scénario au groupe avec une intention bien ciblée.

Le psychodrame est une intervention thérapeutique groupale créée par le médecin Jacob Levy Moreno (voir *infra*). Il le définit comme une « *méthode qui donne par l'action son authenticité à l'âme* » (1965. p. 158).

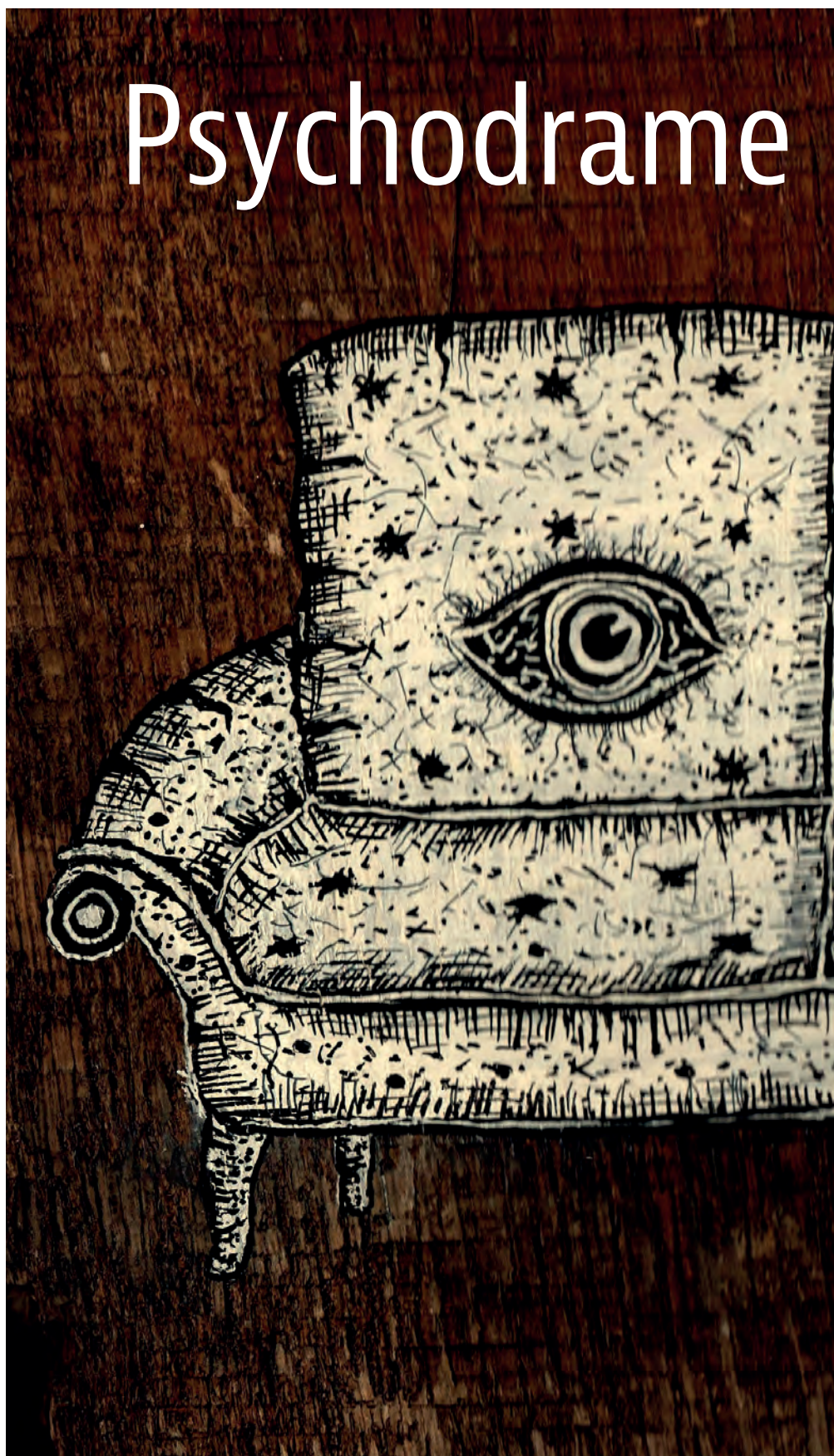
Étymologiquement *psycho* vient du grec « *psukh(o)* » et lui-même de *psyché* qui signifie « souffle, âme ». Du grec *drama*, « drame » désigne l'action. De ce point de vue nous sommes loin des caricatures familières qui qualifient les querelles théâtrales inutiles de « psychodrames ». Dans les médias, souvent, il n'est fait mention du psychodrame que pour rire d'une scène hystérisée, d'une farce, d'un règlement de compte. Le terme est ainsi galvaudé, ce qui ne rend pas justice à la rigueur de la méthode.

Le psychodrame est une thérapie de groupe où l'action et le corps en mouvement sont centraux. Les patients, accompagnés de psychodramatistes (thérapeutes formés au psychodrame) jouent dans un espace dédié (la scène) leurs problématiques intérieures, leurs difficultés, leurs symptômes, leurs questions, leurs peurs, leurs projets, leurs rêves...

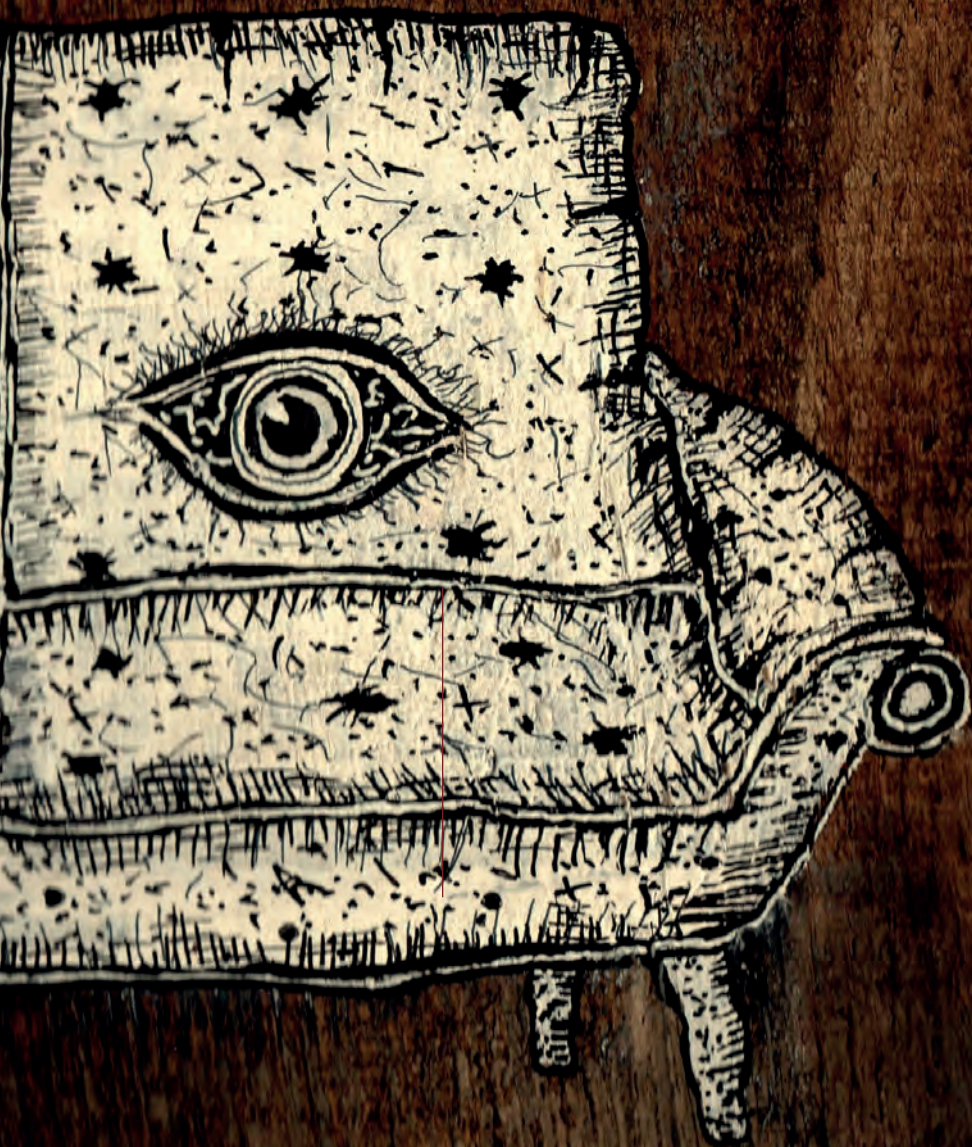
Corinne GAL

Psychologue clinicienne, psychodramatiste et Maître de conférences, Université de Montpellier Paul-Valéry, Institut de psychodrame Montpellier-Méditerranée.

Psychodrame



ou jeu de rôle ?



La séance comporte trois étapes :

— patients et thérapeutes s'asseyent en demi-cercle face à la scène. Chaque patient s'exprime à tour de rôle. La parole est libre. Dans nos groupes (Gal, 2016), je pratique la règle de restitution qui consiste à demander à chacun s'il a repensé, rêvé ou agit en rapport avec la dernière séance. Puis, vient le moment des propositions de jeux, toujours faites par les patients. Le psychodramatiste choisit celle qui semble le mieux convenir et invite la personne qui l'a proposée à en devenir le personnage principal : le protagoniste.

— Commence la deuxième étape, la plus importante : le jeu. Il est possible de tout jouer en psychodrame, des scènes du passé, du présent mais aussi de l'avenir, on peut y incarner tous les rôles, un homme si on est une femme, un sentiment, un élément, un objet, un animal... selon les besoins du jeu. Le patient distribue les rôles dont il a besoin pour son jeu et nous explorons *in situ* la situation. Quand l'animateur estime que la scène doit se terminer, il le signifie aux joueurs.

— La troisième étape permet aux patients de dire ce qu'ils ont ressenti pendant le jeu. Dans notre façon d'animer, c'est la seule question posée aux patients. Il n'y a pas d'interprétations qui viendraient expliquer l'expérience, bien au contraire. L'idée est davantage de comprendre ce qui s'est passé en soi, de trouver les mots et les expressions liées aux émotions traversées pendant le jeu. Cette première élaboration est en soi déjà complexe. Chaque personne essaie du mieux qu'il peut. Puis on se sépare, jusqu'à la prochaine fois.

Le psychodrame peut s'adresser à chacun et à tout âge. Il se pratique dans de nombreuses institutions soignantes ou dans des prises en charge thérapeutiques libérales (en cabinet privé par exemple).

BRÈVES ILLUSTRATIONS

- **Sophie, qui souffre de schizophrénie** depuis quelques années, participe au groupe de psychodrame depuis peu de temps. Pour la première fois, elle propose un jeu où elle « *se sent comme sur un fil* ». Elle figure ce fil par une rangée de chaises placée de façon anarchique sur laquelle elle grimpe. Elle décrit un paysage ténébreux, volcanique. Sur sa gauche à mi-parcours, elle mentionne un gouffre d'où s'échappent des cris et des voix. En face d'elle, se tient la sérénité et tout autour, l'équilibre des éléments (l'eau, le feu, la terre et l'air)

tour à tour aidants ou menaçants. Tous sont incarnés par des joueurs auxiliaires. Le jeu commence, la tension éprouvée par Sophie est palpable. Les uns après les autres, les éléments la bousculent et l'aident, le mouvement est très actif. Sophie a beaucoup de mal à avancer. Le pire est le passage au bord du gouffre (nous apprendrons plus tard qu'il incarne ses propres hallucinations auditives, dont elle n'a jamais parlé). Sophie doit s'y reprendre dix fois pour cette traversée qu'elle termine échevelée, haletante et soulagée.

Ce jeu est l'expression de sa façon d'être au monde et il est bien plus clair qu'une explication « rationnelle » de son état. Sophie s'est présentée telle qu'elle s'éprouve et elle est estomaquée par la puissance des sensations éprouvées. Elle dit avoir compris quelque chose de fort à laquelle elle n'avait jamais pensé : « *J'ai compris qu'il était possible de revenir en arrière, pour s'appuyer sur des éléments et mieux passer* ». Elle a ainsi expérimenté que les allers-retours sont une nouvelle possibilité, voire une condition à l'existence. Repartir en arrière n'est plus synonyme de ne pas avancer.

• **Rebecca, qui souffre de troubles bipolaires**, est une enfant adoptée qui interroge le mystère de ses origines. De sa mère biologique thaïlandaise, elle ne sait qu'une chose : c'est une prostituée. Rebecca souhaite jouer la scène où sa mère l'abandonne alors qu'elle n'est qu'un nourrisson. Le rôle de la mère est confié à un membre du groupe. Rebecca joue son propre rôle, tout bébé. Le jeu est très émouvant, Rebecca pleure beaucoup. La séparation est douloureuse mais nécessaire pour la mère qui ne peut assumer cette enfant et espère ainsi lui donner une vie meilleure. Après ce jeu, Rebecca ne sera plus torturée par cette séparation et, quand elle en parlera, ce sera avec apaisement, tout comme seront apaisées les relations avec ses parents adoptifs.

Ces deux vignettes illustrent que le psychodrame est bien un travail thérapeutique avec les patients. Il paraît important de préciser qu'il n'y a pas de modèles préétablis pour conduire les séances. Tout se crée et se passe dans l'ici et maintenant. Chaque psychodramatiste doit s'adapter au contexte et à la population avec laquelle il travaille en fonction de sa formation, de sa sensibilité théorique et des besoins thérapeutiques. Le plus souvent, en institution, les séances sont hebdomadaires et durent une à deux heures, toujours au même moment de la semaine et de préférence dans la même salle. L'unité de temps et de lieu agit comme un repère contenant. Il n'y a aucun décor particulier et quelques chaises suffisent au dispositif. Le groupe est composé de 6 et 8 patients. Il est le plus souvent « *lentement ouvert* », c'est-à-dire que de nouvelles personnes peuvent l'intégrer dès qu'une place se libère.

HISTOIRE DU PSYCHODRAME

Né à Bucarest, Jacob Levy Moreno fait ses études de médecine et ses premières découvertes thérapeutiques à Vienne avant d'émigrer aux États-Unis. Passionné de philosophie, de théâtre, il fonde dans les années 1920 à Vienne *Le théâtre spontané* (Moreno, 1972) pour réformer une pratique tournée vers les textes classiques. Il propose une forme originale de théâtre (en rond, qui s'adresse au public, s'inspire des événements sociaux...) qui ne convainc pas le public et se révèle un échec. Le génie de Moreno est d'en comprendre les vertus thérapeutiques notamment à partir d'une « représentation » particulière. Barbara est une jeune comédienne engagée dans la troupe du *Théâtre spontané* qui excelle dans les rôles de jeunes premières, d'ingénues. Son mari, Georges, jeune auteur passionné de la troupe, confie un jour à Moreno que la douce Barbara se révèle une affreuse mégère à la maison. Leur mariage part à la dérive. Moreno a une intuition pour aider le jeune couple :

donner à Barbara des rôles opposés à ceux qu'elle joue d'ordinaire. Elle incarne alors avec brio les furies-forte-en-gueules. Puis Moreno demande au jeune couple de venir sur scène pour jouer leurs difficultés. Les tensions s'apaisent. De cette expérience est née l'intuition du psychodrame comme psychothérapie.

En 1930, Moreno fonde l'hôpital psychiatrique de Beacon (proche de New York). Il y fait construire un théâtre et le psychodrame devient le centre des prises en charge. Aidé de Zerka, son épouse, il structure les séances et peaufine les techniques afférentes. Le psychodrame s'exporte et de nombreux thérapeutes du monde entier viennent se former auprès de lui.

En France, le psychodrame s'implante dans les années 1950, d'abord en pédopsychiatrie, puis pour les adultes en cure libre ou pour des patients schizophrènes hospitalisés. Longtemps formée par Moreno, la psychologue Anne Ancelin-Schützenberger est restée la plus proche du modèle. Elle s'en différencie toutefois en qualifiant sa pratique psychodramatique de « triadique » parce qu'ancré dans trois référentiels théoriques : la théorie de Moreno, celle de la dynamique des groupes de Kurt Lewin (1) et celle de la psychanalyse avec les découvertes freudiennes. Notons que Moreno n'a pas enfermé ses découvertes dans un système théorique, ce qui a permis à d'autres de s'en emparer sans jamais le citer ou même d'utiliser sa méthode en le critiquant vertement (Anzieu).

La créativité de Moreno est telle qu'il peut revendiquer des dizaines de méthodes. Si elles ont évolué, elles restent pratiquées aujourd'hui, la plus connue étant la sociométrie (2). La plupart des auteurs lui attribuent aussi la paternité des jeux de rôle, directement dérivés du psychodrame. Formée au psychodrame par Ancelin-Schützenberger, qui a consacré un ouvrage au jeu de rôle en 1992, notre pratique de psychologue psychodramatiste auprès d'enfants en grande difficulté, de patients souffrant de psychoses, de bipolarité, de névrose grave, d'addictions ou de personnes en situation de migration... nous a amenés à ajouter à ses trois référentiels celui de la phénoménologie clinique. Il nous paraît important que toute pratique dispose d'une solide base théorique afin de penser les actions menées et les dispositifs créés. En tant que méthode pour comprendre l'être, la phénoménologie propose de l'appréhender en deçà de tout jugement et théorie (*epoché*) et s'appuie

À lire. *Le psychodrame* *Une expérience aussi forte que la vie*

Comment aider les personnes qui éprouvent de grandes difficultés à se confronter à la réalité ? Comment redonner à tous ceux qui souffrent de troubles psychiques une chance de s'ouvrir à la vie ? Le psychodrame consiste à utiliser la spontanéité, la créativité et la participation des autres. C'est un dispositif thérapeutique vivant, original, fondé sur le jeu et l'échange en groupe. Une démarche unique qui fait appel au concours des autres pour surmonter certaines peurs et tenter d'échapper à la douleur. Cette expérience, aussi forte que la vie, est un formidable dispositif pour soigner. Ouvrage illustré de nombreux cas cliniques.

• **C. Gal, Paris, Odile Jacob, 2016**

pour cela sur l'étude de la présence de l'homme, en allemand le *dasein*, « l'être là ». La phénoménologie clinique désigne cette partie de la philosophie phénoménologique qui s'intéresse à la psychopathologie. Le psychiatre Binswanger (1971), fondateur de la *daseinsanalyse* (« analyse de la présence, analyse existentielle »), développe des études sur les altérations de la présence humaine (comment elle se déploie ou se ferme). L'idée principale est que l'individu devient homme dans le rapport à l'altérité et ce, toute notre vie. Nous sommes des êtres

d'action, de compréhension accordée à soi, aux autres et au monde. Il est une relance dans l'existence des patients.

LE RÔLE, ANCRÉ DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Le rôle est un concept majeur pour Moreno, qui ne le considère pas péjorativement. Le rôle ne sert pas à tenir les autres à distance, il ne protège pas d'une réalité qui devrait être tenue secrète. Au contraire, l'enfant naît dans une série de rôles et chaque personne en tient plusieurs dans sa vie, plus ou moins liés entre eux. Dans

— Les rôles sociaux ont un développement un peu plus tardif dans l'existence : parent, éducateur, enseignant, pompier, docteur... Ils s'appuient sur les deux précédents comme premières formes d'expériences.

ENTRE PLAY ET GAME

La langue anglaise dispose de deux termes *play* et *game* pour différencier deux types de jeux.

— *Game* désigne les jeux organisés, définis par des règles, nous perdons ou nous gagnons, il n'y a pas d'autres choix.

“ Dans le psychodrame, le jeu est une expérience vécue aussi forte que la vie, qui permet au patient de développer de nouvelles possibilités d'action, de compréhension de soi, des autres et du monde. »

co-constitués. La douleur, l'angoisse, la maladie provoque une fermeture de l'existence. L'ouverture aux autres, au monde à soi-même se réduit. Les patients se ferment parce qu'ils vont mal et cette fermeture est une nouvelle souffrance... La plupart des patients se plaignent de ne plus se sentir exister. « *Je ne ressens plus rien, rien de ce que je ressentais avant la maladie* », nous confiait Élisabeth.

Le psychodrame permet ainsi de travailler au cœur de la sensation via l'intersubjectivité. Dans le jeu, l'action (mouvement spontané et créatif) provoque une profonde implication émotionnelle des participants, ce qui permet de mobiliser des processus psychiques bien différents de ceux qui le sont, par exemple, dans la situation d'un corps assigné au face-à-face de l'entretien. Pendant le jeu, il s'agit de sentir l'existence en soi et de l'orienter vers autrui. On peut voir l'intérêt de travailler en groupe à ce niveau. Les effets de présence (Avron, 1996) sont amplifiés par les membres du groupe, car ils ont lieu à la fois sur le groupe et sur l'individu. La rencontre avec l'autre, concept cher à Moreno, révèle à nouveau un rapport à autrui comme une altérité constituante de soi. Le psychodrame, que l'on pourrait qualifier d'existential, manie le processus de la rencontre et vise l'ouverture à l'événement qu'est l'existence. Le jeu est une expérience vécue, aussi forte que la vie (Gal, 2016), qui permet au patient de développer de nouvelles possibilités

la théorie morenienne, le rôle agit dans tous les champs de l'existence, et pas exclusivement dans la dimension sociale. Dans cette optique, le rôle commence dès la naissance et se poursuit toute la vie. Il apparaît avant le langage et est donc la manière d'être et d'agir du moi. Il dépend de la façon d'être au monde, de notre histoire, de la situation dans laquelle nous sommes. Tout rôle est une fusion d'éléments privés (histoire personnelle, événements...) et collectifs (culturels). Les différents rôles se situent dans un système d'inclusion : les rôles psychosomatiques sont inclus dans les rôles sociaux inclus eux-mêmes dans les rôles psychodramatiques.

— Les rôles psychosomatiques sont les premiers apparus lors de la prime enfance, dès la naissance. Ils ont tous une dimension physiologique : rôle de dormeur, mangeur, buveur, marcheur, rôle sexuel... Parmi eux, par exemple, celui du dormeur a une constellation autistique alors que celui du mangeur une constellation d'interaction. Ces rôles ne sont pas liés au système social.

— Les rôles psychodramatiques sont les rôles de Dieu, de fée, d'ange, de dragon, de vampire, d'œuvre poétique, de désordres mentaux pathologiques comme les psychoses, les rêves. Il semble bien que les jeux de rôle de type *Donjons et Dragons* qui se développent depuis les années 1970 s'en inspirent directement (voir aussi l'article de J. Pionnier, p. 58).

— *Play* décrit aussi des règles de fonctionnement mais plus libres et ce type de jeu convoque le joueur à une bien plus grande créativité. Pour Donald Winnicott, jouer-*play* est un processus, une capacité que nous n'avons pas tous, que nous perdons et qui relève de l'ouverture. Si l'adulte éprouve parfois de grandes difficultés à retrouver la possibilité de jouer-*play*, l'enfant, lui, joue avec le plus grand sérieux et de grandes facilités. C'est pour cette raison que les thérapies d'enfants se sont rapidement centrées sur les médiations impliquant le jeu. Winnicott soutenait que « *le jeu est une thérapie en soi* » (1975, p. 71). Le jeu est pour l'enfant « *le pur accomplissement de la vie* » (Fink, 1966)). En jouant, nous sommes concentrés, absorbés et nous intégrons dans notre réalité interne des phénomènes extérieurs. Jouer-*play*, c'est agir, faire une expérience créative de la vie. Or, le plus souvent, ce qui nous fait souffrir, est le blocage de nos possibilités créatives. Si le jeu psychodramatique se situe clairement du côté du *play*, le jeu de rôle oscille entre *play* et *game*.

DISTINGUER PSYCHODRAME ET JEU DE RÔLE

Le psychodrame n'est pas un jeu de rôle, il n'en a ni les attributs, ni les fonctions, ni les objectifs. Pour autant, certaines notions développées ici peuvent se retrouver dans le travail du jeu de rôle. Il existe une transversalité de tous ces concepts (la liste

de ceux que nous avons évoqués est loin d'être exhaustive), ils peuvent traverser les deux méthodes.

On y retrouve la rencontre comme altérité fondatrice de soi (Buber, 1969), la créativité-spontanéité, le jeu (Fink, 1966, Winnicott, 1975.). Ces éléments favorisent l'ouverture aux autres, au monde et à soi-même, levier pour relancer une existence figée par la souffrance.

Les auteurs (Ancelin-Schützenberger, 1981, Leutz, 1985...) se sont longtemps accordés pour souligner la grande différence d'implication émotionnelle qui existe entre les deux méthodes. Elle est plus importante en psychodrame qu'en jeu de rôle, encore que quelques remue-ménage puissent y survenir... Moreno lui-même a laissé perdurer la confusion et utilise parfois le terme psychodrame pour recouvrir toutes les méthodes interactives où l'action est au centre (jeu de rôle, sociodrame, mimodrame, sketches de formation...).

Dans les accompagnements classiques, les jeux de rôle revêtent plusieurs formes : – en formation professionnelle, ces jeux proposent aux participants de « s'entraîner » à un métier ou à une situation nouvelle que les personnes devront affronter (entretien d'embauche, plaidoyer...) (voir aussi l'article de D. Friard, p. 48) ;

– le jeu de rôle comme moyen pédagogique. Par exemple, nous proposons aux étudiants en Master de psychologie des séquences où ils pratiquent en classe des entretiens psychothérapeutiques. L'enseignement est plus vivant, il mobilise une attitude plus active chez l'élève. L'apprentissage des langues, de l'Histoire se trouve ainsi facilité par cette méthode pédagogique ;

– les jeux-game, ces jeux de société collaboratifs, proposent des univers et des rôles fictionnels au groupe de participants

(Boulay et al., 2025) (voir aussi l'article de C. Boulay, p. 22).

CONCLUSION

Si certains processus sont transversaux à toutes les méthodes, une des différences majeures entre psychodrame et jeu de rôle est qu'en psychodrame, ce sont toujours les patients qui proposent un jeu, lié à leurs préoccupations du moment. Les participants sont en quelque sorte au service du thème d'un autre. Il en résulte une coconstruction.

À l'inverse, dans le jeu de rôle, ce sont le plus souvent les animateurs qui proposent un scénario aux membres du groupe avec une intention. Il s'agit de travailler la confiance en soi, de s'entraîner à un entretien d'embauche (et c'est tout le groupe qui va le faire), ou d'explorer un nouvel univers (inventé par le meneur de jeu) avec une quête commune où chacun va incarner des personnages aux personnalités et possibilités différentes. L'idée d'une régulation sociale est fondamentale. Dans tous les cas, nous serons plus proches d'un jeu-game que d'un jeu-play.

Dans les deux méthodes, une notion fondamentale encore trop peu travaillée pourrait apporter de nouveaux éclairages à toutes nouvelles pratiques thérapeutiques dérivées du jeu de rôle : la fiction. Les trouvailles fictionnelles (Gal et al, 2020) permettent une réintroduction du travail de l'imaginaire dans les méthodes thérapeutiques. Pour occasionner de vrais changements dont les patients pourront se saisir, il nous faut prendre en compte, non seulement la portée symbolique des jeux mais aussi l'importance de la nouveauté, de la surprise, de l'imagination, comme manifestations de la vie.

1– Kurt Lewin a réalisé beaucoup de recherches sur les groupes et a découvert qu'ils ne formaient pas une addition simple d'individus mais une entité complexe obéissant à des « forces » singulières. Ses travaux ont fait émerger la notion de « dynamique des groupes ».

2– La sociométrie désigne une méthode pour mesurer et schématiser les relations des hommes dans un groupe social déterminé.

BIBLIOGRAPHIE

- Ancelin-Schützenberger, A. (1966). *Le psychodrame*. (2003 éd.). Paris : Payot.
- Ancelin-Schützenberger, A. (1981). *Le jeu de rôle*. (1992 éd.). Paris : ESF.
- Anzieu, D. (1956). *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*. (1979 éd.). Paris : PUF.
- Avron, O. (1996). *La pensée scénique. Groupe et psychodrame*. Toulouse : Érès.
- Binswanger, L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Boulay, C. Roman, P. (2025). *Émergence de la capacité à jouer en groupe à travers une médiation par le jeu de rôle*. *Adolescence*, 43, 89-100.
- Buber, M. (1969). *Je et Tu*. (1981 éd.). Paris : Aubier.
- Fink, E. (1966). *Le jeu comme symbole du monde*. (1960 éd.). Paris : Les Éditions de Minuit.
- Gal, C. (2016). *Le psychodrame. Une expérience aussi forte que la vie*. Paris : Odile Jacob.
- Gal, C., Leroy-Viémon, B., Estellon, V. (2020). *L'usage de la fiction en psychodrame auprès d'adultes psychotiques*. *Cahiers de psychologie clinique*, 55(2), 351-362.
- Leutz, G., A. (1985). *Mettre sa vie en scène. Le psychodrame*. Paris : Épi.
- Moreno, J. L. (1965). *Psychothérapie de groupe et psychodrame*. (1987 éd.). Paris : PUF.
- Moreno, J. L. (1972). *Théâtre de la spontanéité*. (1984 éd.). Paris : Desclée de Brouwer.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. (1990 éd.). Paris : Galimard.

Résumé : Le psychodrame est une méthode thérapeutique groupale. Créé par Jacob Levy Moreno, il a ses propres règles et cadre de fonctionnement. Certains concepts qui le sous-tendent comme la rencontre (ouverture à une altérité constitutive de soi), le jeu (comme expérience créative de la vie) et le rôle (à la fois corporel, individuel et social/culturel) traversent aussi d'autres méthodes comme celles du jeu de rôle. Cet article pointe les différences majeures entre les deux méthodes.

Mots-clés : Cas clinique – Étude comparative – Historique – Jeu – Jeu de rôle – Psychodrame – Rôle – Séance.

Commandez des numéros Abonnez-vous

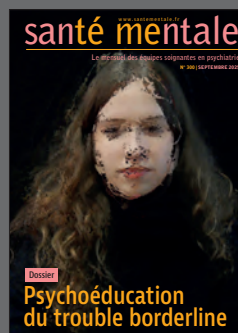
10
numéros
par an



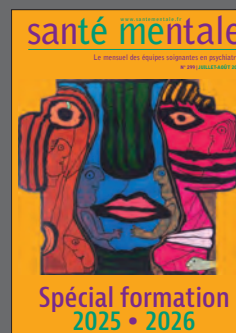
302 – La dissociation
traumatique



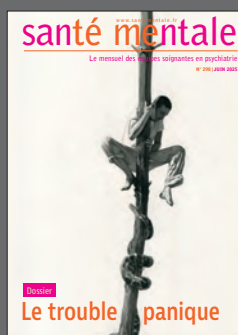
301 – Addiction
à la cocaïne



300 – Psychoéducation
du trouble borderline



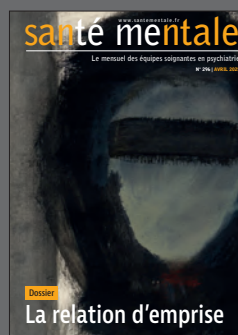
299 – Spécial formation
2025 • 2026



298 – Le trouble panique



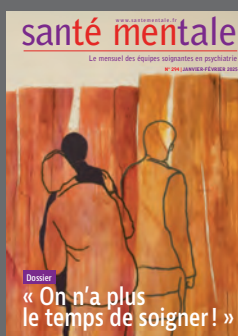
297 – Le premier entretien



296 – La relation d'emprise



295 – Addiction numérique ?



294 – « On n'a plus
le temps de soigner ! »



293 – Occupationnel
et/ou thérapeutique ?



292 – le TDAH de l'adulte



291 – Déprescrire ?



290 – Actualités
du trouble insomnie



289 – Dynamique des
équipes mobiles



288 – Rétablissement :
au-delà des outils...



287 – La culpabilité

Rendez-vous sur www.santementale.fr

Le jeu de rôle, un labora

Au cœur de l'entraînement des habiletés sociales, le jeu de rôle reste une méthode de choix pour permettre aux personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères de réapprendre le geste fondamental du soin : être avec l'autre.

Dans le groupe de patients, Marc (qui a traversé une longue période de repli), hésite avant de prendre la parole. Après plusieurs semaines d'observation, il s'avance enfin pour jouer la scène dans le cadre d'un jeu de rôle : il s'agit de demander à un ami de venir boire un café. Sa voix tremble un peu, mais le groupe l'encourage. Il regarde son interlocuteur, formule sa demande simplement, puis sourit quand celui-ci accepte. Ce moment banal est pourtant une petite victoire : Marc vient de réussir à initier une interaction positive, dans un cadre soutenant et structuré. Cette scène illustre l'objectif des groupes d'entraînement des habiletés sociales (EHS) : offrir aux personnes qui vivent avec un trouble psychiatrique un espace pour réapprendre à entrer en relation. Les soignants le savent bien : les difficultés sociales ne se réduisent pas à une timidité ou à un manque de motivation.

Jérôme FAVROD^{*1},
Alexandra NGUYEN^{**2},
Armando BRANA^{***3},
Alban ISMAILAJ^{*4},
Shyhrete REXHAJ^{****2}

*Infirmier, **Infirmière et Docteure en sciences de l'éducation, ***Éducateur HES, ****Infirmière et Professeure HES ordinaire.

1- Société suisse de psychiatrie sociale, Goumoens-la-Ville, 2- Institut et haute école de la santé la Source, HES-SO, Lausanne, 3- Centre défi, Fondation les Buissonnets, Matran, 4- Consultation des Oiseaux, SISF SA, Lausanne.

Elles touchent aux fondements mêmes de la communication humaine : percevoir les émotions, interpréter les intentions, oser s'exprimer, comprendre les réactions d'autrui et faire confiance. L'EHS s'inscrit dans cette perspective : restaurer les compétences nécessaires pour vivre avec les autres.

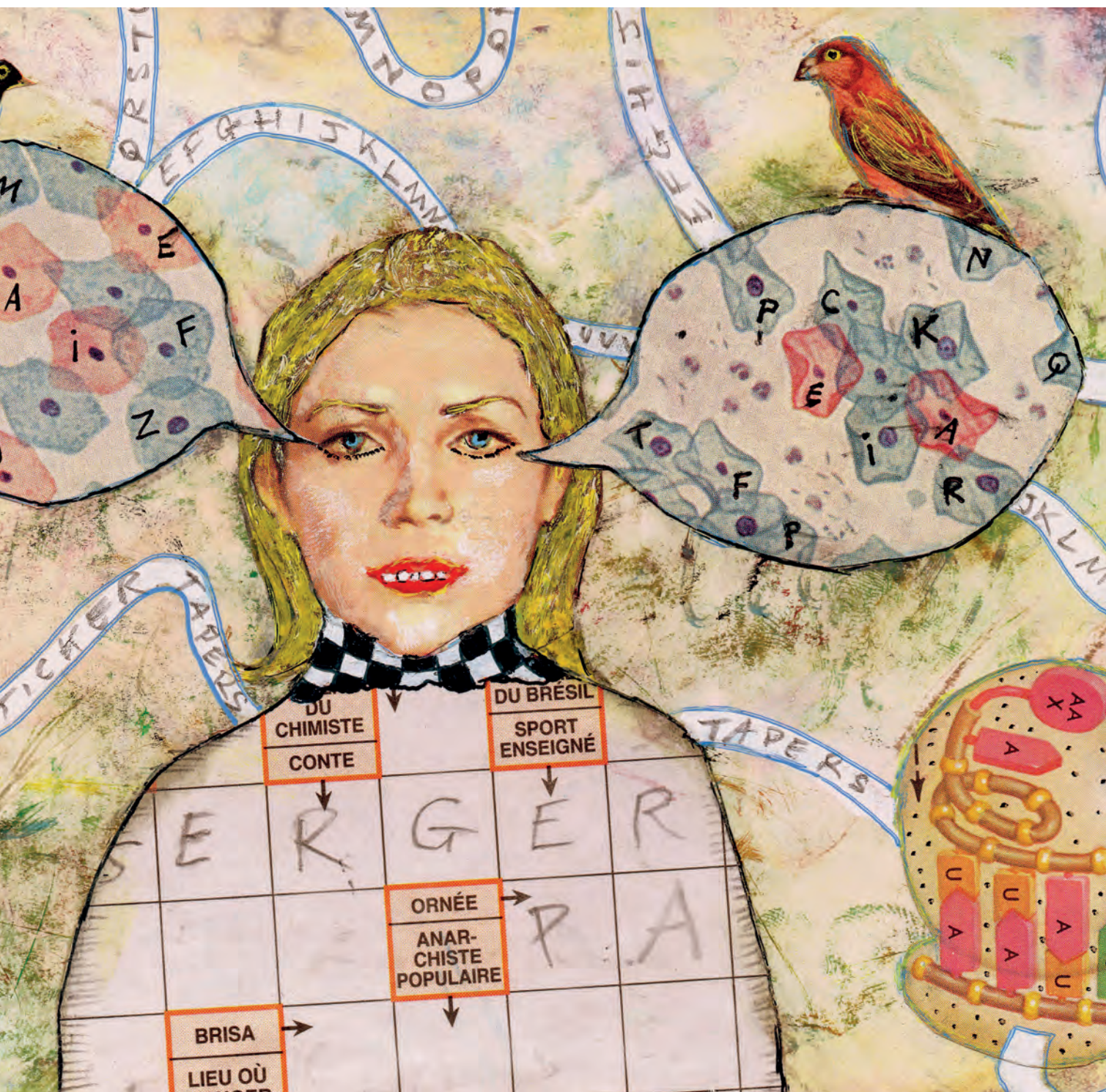
Né dans les années 1970 pour accompagner la désinstitutionnalisation, l'EHS s'est progressivement inscrite dans la réhabilitation psychosociale et le mouvement du rétablissement. Aujourd'hui, cette approche fait partie des interventions les mieux validées empiriquement pour améliorer le fonctionnement social dans les troubles du spectre de la schizophrénie (1, 2) et des traitements recommandés pour les symptômes négatifs de la schizophrénie par l'Association européenne de psychiatrie (3).

LES HABILÉTÉS SOCIALES AU CŒUR DU LIEN HUMAIN

Les habiletés sociales désignent l'ensemble des habiletés cognitives et comportementales qui permettent d'exprimer ses émotions, de comprendre celles des autres et d'atteindre ses objectifs interpersonnels. On peut les concevoir sous la forme d'un processus séquentiel comprenant trois étapes : la réception des paramètres de la situation, le traitement des informations permettant de sélectionner une réponse à la situation et la production d'une réponse comportementale. Lorsqu'une personne est impliquée dans une situation sociale, elle doit tout d'abord être attentive et appréhender correctement les indices environnementaux qui lui permettront de



toire du lien social



Une séance type d'entraînement des habiletés sociales

Durée : 60 à 90 minutes

Participants : 6 à 8 personnes

Animateurs : deux co-animateurs

1 – Accueil et rappel de la séance précédente

2 – Révision des tâches à domicile

3 – Introduction du thème de la séance ou des objectifs des participants

4 – Présentation des étapes de la compétence

5 – Démonstration par les animateurs

6 – Jeu de rôle d'un participant

7 – Feedback positif (« Qu'avez-vous aimé dans la performance de... ? »)

8 – Feedback correctif sur un point particulier (« j'aimerais que vous rejouiez la situation en parlant un peu plus fort qu'on vous entende bien ») ou nouvelle démonstration

9 – Deuxième jeu de rôle

10 – Jeux de rôle des autres participants

11 – Prescription de la tâche à domicile : mise en pratique en situation réelle

Conseils pratiques : commencer par des situations simples, encourager la bienveillance et valoriser les progrès.

comprendre ce qui se joue. Elle doit par exemple identifier les personnes appropriées avec qui interagir, reconnaître les émotions d'autrui ou écouter correctement ses propos. Elle mobilise alors des capacités dites « habiletés réceptives ». Une fois

personne est inattentive dans une conversation, elle ne pourra pas intégrer certains paramètres importants de la situation, ce qui affectera ses décisions et ses réponses comportementales. À partir de là, l'entraînement des habiletés sociales consiste

intervenants. Une séance type suit une séquence précise : introduction du thème, présentation des étapes de la compétence, démonstration, jeu de rôle, feedback positif, feedback correctif, nouvelle mise en situation, feedback complémentaire, participation du groupe et prescription d'une tâche à domicile. Cette structuration rassure, elle est hautement prévisible et chacun sait ce qu'il a à faire, dans un climat de bienveillance. Le feedback se veut avant tout positif : il s'agit d'encourager et de consolider la confiance, non de juger la performance. Les animateurs soutiennent toutes les habiletés qui vont en ce sens et ignorent les comportements qui s'en éloignent. Cela s'appelle procéder par « approximations successives » : cette méthode est essentielle pour augmenter la participation aux séances et contribuer à la remise en question des croyances défaitistes. En ce qui concerne le jeu de rôle, celui-ci est bref, centré sur l'acquisition des habiletés sociales spécifiques et évite la surcharge d'informations. Les animateurs démontrent les habiletés enseignées : « *Nous allons vous*

“ **Pour les intervenants, c'est aussi un lieu de redécouverte du soin relationnel.** *Le jeu de rôle permet de se centrer sur ce qui fait la richesse de la psychiatrie : la rencontre, l'écoute, la coconstruction d'un savoir expérientiel partagé.* »

que la personne a traité ces informations, elle choisit une réponse comportementale effective adaptée à la situation. Elle peut imaginer une série d'options potentiellement efficaces, évaluer les avantages relatifs de chaque stratégie en termes de conséquences et choisir la meilleure. Ces capacités sont appelées « habiletés décisionnelles ». Finalement, la personne émet la réponse choisie en utilisant des comportements directement observables dans l'interaction. Ils comprennent le contenu verbal et non verbal et les éléments paralinguistiques : le contact visuel, la posture, les gestes, l'orientation du corps, les expressions faciales, le ton, le volume et le rythme de la voix. C'est ce qu'on appelle les « habiletés émettrices. » Or, le modèle séquentiel prédit qu'un déficit en amont du processus aura un impact sur le déroulement des étapes subséquentes. Par exemple, lorsqu'une

en une intervention structurée qui vise à enseigner et promouvoir le maintien et la généralisation des habiletés interpersonnelles. Les techniques utilisées traditionnellement comprennent l'établissement d'objectifs, le jeu de rôle, la présentation de modèles, les conseils, le feedback (retour) oral et vidéo, une méthode de résolution de problèmes et enfin la prescription de tâches à accomplir entre les séances. Si l'entraînement peut être proposé individuellement, il est préférable de l'administrer dans le cadre de groupes afin de multiplier les sources d'apprentissage.

EN PRATIQUE

Le jeu de rôle se trouve au cœur de la méthode. Il permet d'apprendre en faisant : observer, imiter, essayer, corriger. Chaque séance en groupe – idéalement 6 à 8 participants – est coanimée par deux

montrer comment faire une requête positive ». Par exemple : « *Pierre, je te serais très reconnaissant si tu pouvais arriver à l'heure quand nous avons rendez-vous* ». Le participant joue alors le scénario. Les différents protagonistes vont ensuite identifier les éléments qui soutiennent l'objectif à atteindre. « *J'ai aimé le ton ferme de ta voix* » ; « *Vous étiez ferme mais pas agressif* » ; « *J'ai apprécié que vous regardiez Pierre quand vous avez fait votre requête* ». ... Si le participant ne parvient pas à réaliser la requête, un animateur pourra dire : « *Je vous félicite d'avoir pris le risque de vous engager dans le jeu de rôle, nous allons vous remontrer comment faire* ». Dans ce dernier cas, les animateurs observent la séquence du participant, mais ne soulignent pas les éléments qui empêchent l'atteinte de l'objectif pour éviter les critiques. Ils proposent, étape par étape, les améliorations possibles.

EXEMPLES CONCRETS

Les thèmes sont choisis selon les besoins des participants : exprimer un sentiment positif (« *J'ai beaucoup apprécié que tu sois venu me voir hier, ça m'a fait plaisir.* »), faire une requête positive (« *J'aimerais que tu viennes te promener avec moi demain, ça me ferait du bien.* »), exprimer un désaccord sans agressivité, rapporter un effet secondaire à son psychiatre ou répondre à une demande inappropriée. Ces exercices, simples en apparence, permettent d'aborder des dimensions plus complexes : l'affirmation de soi, la reconnaissance émotionnelle, la gestion du stress, la recherche d'un compromis. Le jeu de rôle devient ainsi un laboratoire du lien social.

Autre exemple : « *Dire non sans rompre la relation* ». Lors d'une séance sur la gestion des demandes, Nadia joue la scène d'une amie qui lui réclame de l'argent. Au début, elle n'ose pas refuser. Après le retour du groupe, elle essaie de dire non en gardant le contact visuel : « *Je comprends que tu aies besoin d'aide, mais je ne peux pas te prêter d'argent cette fois-ci.* » Le groupe applaudit. Elle sourit, soulagée : « *C'est la première fois que je dis non sans me sentir coupable.* » Cette petite réussite illustre l'esprit de l'entraînement des habiletés sociales (EHS) : apprendre à être assertif, tout en préservant la qualité de la relation. Un tableau (voir page 41) présente des exemples de jeux de rôle pour entraîner les habiletés sociales, en fonction des objectifs individuels.

POURQUOI C'EST UTILE

L'entraînement des habiletés sociales repose davantage sur la mémoire procédurale que sur la mémoire verbale, sur la répétition des informations et la résolution de problèmes. Ces méthodes permettent de contourner les déficits cognitifs de la mémoire verbale, de l'attention et de la planification (4) liés à la maladie ou aux conséquences des traitements (troubles endocriniens, cardiovasculaires, hospitalisations, isolement social...). De nombreuses études indiquent que les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères peuvent apprendre ces nouvelles habiletés et ainsi améliorer leur fonctionnement dans la communauté à divers âges (5-7). L'entraînement, lorsqu'il est intégré à leur vie quotidienne (8), améliore encore la généralisation des habiletés sociales. Il est ainsi recommandé de l'associer à des programmes d'entraînement de

**Compétence, un jeu pionnier**

Créé en 1992, Compétence est un jeu de société pour entraîner les habiletés sociales des patients psychiatriques. Il requiert un minimum de 4 joueurs, dont un soignant. Il est composé d'un plateau de jeu, des règles et de cartes. Il se joue avec des pions que l'on avance en lançant un dé. Lorsque le joueur arrive sur une case, il tire une carte en fonction de la couleur de sa case. Il s'agit de cartes « questions », « situations », « problèmes ». Le joueur lit la carte à haute voix.

Les cartes questions : le joueur répond à la question et l'animateur, se référant à une liste de réponses figurant dans les règles du jeu, la lit également. Le groupe est invité à débattre de la bonne adéquation de la réponse par rapport à celle de la règle. L'animateur attribue un nombre de points suivant une échelle fournie. Si le patient ne comprend pas la question, l'animateur demande au groupe de l'expliquer sans y répondre.

Les cartes situations : le joueur lit la situation et doit la « jouer » avec la personne inscrite sur la carte (son voisin de gauche par exemple). Puis l'animateur interroge chaque participant et sollicite des feedbacks précis. Un système de notation est préétabli dans les règles, qui tient compte de la prestation (ou de son absence), du ressenti des autres joueurs, d'une amélioration si le joueur rejoue une scène en intégrant correctement des suggestions faites par les autres joueurs...

Les cartes problèmes : le joueur lit la carte et haute voix et dispose de quelques secondes pour réfléchir et proposer sa solution. L'évaluation est faite par l'animateur et les autres participants, avec un système de notation également préétabli qui encourage l'amélioration.

Tout au long de la partie, l'animateur adopte un ton qui favorise l'apprentissage, en expliquant le plus possible. Il donne explicitement le droit à l'erreur, à l'hésitation, à la maladresse. Il encourage et complimente, joue pour servir de modèle. Il évite les critiques et empêche les joueurs de se faire des remarques négatives.

• D'après Favrod, J., N. Aillon, and G. Bardirot, *Compétence : Un cheval de Troie dans les soins. Cahiers Psychiatriques Genevois, 1995(18) : p. 47-54.*

la cognition sociale (9) et à la remédiation cognitive (10). Il faut parfois aussi le combiner avec une intervention qui réduit les croyances défaitistes liées aux nombreux échecs rencontrés par les personnes avec un trouble psychiatrique (6).

CONSOLIDER LA PLACE DE L'EHS

En France, en Suisse, en Belgique et au Québec, plusieurs équipes ont intégré l'entraînement des habiletés sociales dans leurs dispositifs de réhabilitation. D'autres en utilisent les principes dans des groupes d'affirmation de soi ou de communication sans en reprendre la structure formelle. Les obstacles à une diffusion plus large sont connus : manque de formation spécifique, temps limité et nécessité d'un cadre institutionnel stable. Mais ces difficultés ne traduisent pas un manque d'intérêt : de nombreuses équipes partagent déjà la philosophie de l'EHS sans toujours la nommer ainsi. L'enjeu n'est donc pas d'imposer un modèle, mais de valoriser les pratiques existantes et d'en renforcer la cohérence. Le jeu de rôle, technique familière aux soignants, offre ainsi une porte d'entrée naturelle pour redonner à l'EHS sa place dans la culture clinique francophone. Pour s'initier à sa pratique, on peut utiliser le jeu « Compétence » (voir encadré 3) qui permet de pratiquer des exercices d'entraînement des habiletés sociales dans une situation ludique (11).

RIGUEUR ET CRÉATIVITÉ

Si l'EHS exige une méthode rigoureuse, elle n'en demeure pas moins créative. Chaque séance invite les participants à explorer des émotions, à tester de nouvelles attitudes, à oser se montrer autrement. Les rires, les hésitations et les encouragements participent au processus d'apprentissage. Pour les intervenants, c'est aussi un lieu de redécouverte du soin relationnel. Le jeu de rôle permet de se centrer sur ce qui fait la richesse de la psychiatrie : la rencontre, l'écoute, la coconstruction d'un savoir expérimentiel partagé. L'entraînement se

construit sur les objectifs personnels des participants : apprendre à se faire des amis, développer une relation sentimentale (12), faire les démarches pour trouver et conserver un travail ou un logement (13), négocier les problèmes liés au traitement médicamenteux (14), réduire l'autostigmatisation (15) et toutes les situations qui nécessitent des contacts sociaux.

CONCLUSION

L'entraînement des habiletés sociales n'est ni une technique de niche ni un luxe réservé à quelques centres spécialisés. Il s'agit au contraire d'une approche accessible, structurée et profondément humaine. À travers le jeu de rôle, les participants réapprennent à écouter, à s'exprimer, à négocier, à se montrer curieux et à oser la proximité. Pour les équipes soignantes, il constitue aussi une manière de redonner au soin sa dimension relationnelle : soutenir la compétence, la confiance et le lien. Le jeu de rôle n'est pas un artifice, mais un espace où se réapprend le geste le plus fondamental du soin : être avec l'autre.

- 1— Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(3):491-504.
- 2— Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, van der Gaag M, et al. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2018;44(3):475-91.
- 3— Galderisi S, Kaiser S, Bitter I, Nordentoft M, et al. EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2021;64(1):e21.
- 4— Kern RS, Liberman RP, Becker DR, Drake RE, Sugar CA, Green MF. Errorless learning for training individuals with schizophrenia at a community mental health setting providing work experience. *Schizophr Bull*. 2009;35(4):807-15.
- 5— Granholm E, Twamley EW, Mahmood Z, Keller AV, Lykins HC, Parrish EM, et al. Integrated Cognitive-Behavioral Social

- Skills Training and Compensatory Cognitive Training for Negative Symptoms of Psychosis : Effects in a Pilot Randomized Controlled Trial*. *Schizophr Bull*. 2022;48(2):359-70.
- 6— Granholm E, Holden J, Link PC, McQuaid JR, Jeste DV. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older consumers with schizophrenia : defeatist performance attitudes and functional outcome. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;21(3):251-62.
 - 7— Lecomte T, Leclerc C, Corbiere M, Wykes T, Wallace CJ, Spidel A. Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196(12):866-75.
 - 8— Liberman RP, Glynn S, Blair KE, Ross D, Marder SR. In vivo amplified skills training : promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry*. 2002;65(2):137-55.
 - 9— Wang H, Hu N, Chai J, Huang W, Yang H, Zhou X, et al. The efficacy of social skills training (SST) and social cognition and interaction training (SCIT) for negative symptoms : A meta-analysis. *European Journal of Psychiatry*. 2024;38(2).
 - 10— Lu H, Li Y, Li F, Jiao X, Shi W, Guo K, et al. Randomized controlled trial on adjunctive cognitive remediation therapy for chronically hospitalized patients with schizophrenia. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2012;24(3):149-54.
 - 11— Favrod J, Brana A, Gremaud K, Pellet J, Nguyen A. Jeu Compétence et insertion professionnelle. In : Franck N, editor. *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Paris : Elsevier Masson; 2018. p. 722-9.
 - 12— Hache-Labelle C, Abdel-Baki A, Lepage M, Laurin AS, Guillou A, Francoeur A, et al. Romantic relationship group intervention for men with early psychosis : A feasibility, acceptability and potential impact pilot study. *Early intervention in psychiatry*. 2021;15(4):753-61.
 - 13— Nuechterlein KH, Subotnik KL, Ventura J, Turner LR, Gitlin MJ, Gretchen-Doorly D, et al. Enhancing return to work or school after a first episode of schizophrenia : the UCLA RCT of Individual Placement and Support and Workplace Fundamentals Module training. *Psychol Med*. 2020;50(1):20-8.
 - 14— Favrod J, Huguélet P, Chambon O. Does training patients in antipsychotic medication management reduce costs? A pilot evaluation. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Thérapeutique*. 1996;22(5):331-6.
 - 15— Pellet J, Suter C, Nguyen A, Brana A, Gavillet A, Ismailaj A, et al. Honnête, ouvert, prêt (HOP) ! Acceptabilité et faisabilité de la version française d'un programme d'auto-déstigmatisation de la maladie psychique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2021;179(4):317-22.

Résumé : L'entraînement aux habiletés sociales (EHS) est une intervention psychosociale validée qui vise à améliorer les interactions sociales et la communication interpersonnelle. Fondé sur le jeu de rôle, la démonstration et le feedback (retour) positif, il favorise la confiance, la compétence et la participation sociale des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. Malgré une efficacité démontrée, sa diffusion reste inégale dans les pays francophones. Cet article en présente les fondements, la procédure et les bénéfices, en soulignant le rôle central du jeu de rôle et la pertinence de cette approche pour les équipes de soins en psychiatrie.

Mots-clés : Affirmation de soi – Entraînement aux habiletés sociales – Habileté sociale – Jeu de rôle – Psychothérapie de groupe – Réhabilitation psychosociale – Séance.

Exemples de jeux de rôle selon les habiletés sociales

Compétences	Comment faire	Exemples
Exprimer des sentiments positifs	• Regardez la personne • Employez le « je » • Précisez le comportement que vous avez apprécié • Dites comment cela va	« J'ai beaucoup apprécié que tu sois venu me rendre visite hier, ça m'a fait plaisir. »
Faire une requête positive	• Regardez l'autre • Dites ce que vous aimeriez qu'il/elle fasse • Dites ce que cela vous ferait ressentir • Employez le « je »	« J'apprécierais vraiment si tu venais te promener avec moi, si tu descendais la poubelle, etc.... »
Exprimer des sentiments négatifs	• Parlez sans hésitation • Regardez l'autre • Dites brièvement et précisément ce qu'il/elle a fait • Dites ce que cela vous a fait ressentir • Proposez un moyen d'éviter que cela se reproduise	« Je me suis senti blessé quand tu n'as pas pris ma défense devant tes parents. Je te serais reconnaissant de prendre ma défense quand ils font des remarques désobligeantes à mon égard. »
Répondre à une demande inappropriée	• Restez calme • Donnez votre position • Exprimez de la compréhension pour l'autre en reformulant sa demande • Répétez votre position	« Non, je ne peux pas répondre à ta demande. Je comprends que tu aimerais..., mais malheureusement, je ne peux pas répondre à ta demande » (répéter inlassablement, comme un disque rayé, en restant calme et affirmé).
Rapporter un effet secondaire à son psychiatre	• Décrivez l'effet secondaire • Sa durée • Dites comment cela interfère dans votre fonctionnement • Demandez spécifiquement de l'aide • Posez les questions éventuelles sur la nouvelle prescription	« Depuis que vous me prescrivez ce nouveau traitement, j'ai de la difficulté à ressentir du désir dans les rapports sexuels et je crains que cela n'interfère dans la relation avec ma compagne. Pourriez-vous faire quelque chose pour réduire ce problème ? » « Quels sont les effets secondaires de ce nouveau traitement ? »
Trouver des intérêts communs	• Sourire à la personne • Demandez-lui ce qu'elle aime faire dans sa vie ou quels sont ses hobbies • Écoutez sa réponse, en faisant des commentaires positifs • Si vous trouvez un intérêt commun, signalez que vous avez un intérêt similaire • Rebondissez sur ce que la personne vous dit en posant des questions d'approfondissement	« J'ai vu que tu aimais la musique, moi aussi. Tu joues d'un instrument ? » « J'adore également aller me promener dans la nature, si tu le désires, on pourrait aller une fois ensemble »
Identifier un sujet de conversation	On peut identifier un sujet de conversation en fonction du lieu, de ce que fait la personne ou à partir de ce qu'elle dit.	« La lumière est belle aujourd'hui, qu'en penses-tu ? » « Tu as eu des vacances, pourrais-tu m'en dire davantage ? »

Apprendre à s'affirmer avec le jeu de rôle

Le jeu de rôle permet d'assimiler de nouvelles conduites, de faire progresser son sentiment d'efficacité et ainsi d'accroître son capital de confiance et d'estime de soi. Illustration avec Sandrine qui veut apprendre à poser un comportement affirmé.

Chez l'adulte, le jeu de rôle trouve son application thérapeutique principale dans l'amélioration des compétences relationnelles, pour acquérir les techniques d'affirmation de soi (voir aussi l'article de C. Boulay, p. 22). Mais par quels mécanismes permet-il de restaurer la confiance en soi et l'estime de soi ?

CONCEPTS

Définissons tout d'abord les termes de notre propos.

- **L'affirmation de soi** demeure avant tout une compétence comportementale délicate, qui n'est pas immédiatement naturelle et nécessite donc un apprentissage. En effet, les conduites affirmées répondent à quatre critères. Je suis affirmé quand :
 - j'exprime clairement mes limites, mes émotions à bon escient, et que j'énonce mes opinions ;
 - je défends mes intérêts avec assez d'aisance ;
 - je suis respectueux de mes valeurs tout en tenant compte de l'autre, en lui manifestant que j'entends sa position (tout en donnant l'importance adéquate à la mienne selon les situations) ;

— je veux établir une relation autant que possible efficace et harmonieuse (Cariou et al. 2024).

Respecter ces quatre critères délicats — à savoir l'expression de soi et la marque du respect de l'autre, avec suffisamment de gestion de mes émotions interactionnelles et dans un but relationnel constructif plus large — diffère de la relation dominant-dominé de base, liée à notre nature de mammifère. Spontanément se manifestent des comportements passifs-inhibés (dominés) ou agressifs-manipulateurs (dominants) tandis que les attitudes affirmées nécessitent un mûrissement personnel et un développement progressif qui impliquent une haute gestion de soi (Fanget et Rouchouse 2007). Un refus affirmé s'énonce par exemple ainsi : « *J'entends bien que tu voudrais sortir ce soir mais non merci, désolé, je n'en ai pas envie, je me sens assez fatigué* ».

- **La confiance en soi** consiste à croire qu'on peut accomplir une action, avec un sentiment de capacité (dimension émotionnelle) et la conscience de sa propre compétence dans le domaine en question (dimension cognitive). Au mieux, la personne peut l'exprimer de façon constructive : « *Je peux te donner un coup de main pour rédiger cette synthèse, j'en fais régulièrement et suis à l'aise avec cette pratique*. » Une compétence acquise, sue et assumée, incite à oser encore et à se réjouir de ses actions et de son potentiel (Pepin 2021).

- **L'estime de soi** relève d'un sentiment plus profond de valeur personnelle, idéalement inconditionnel et indépendant de ce que je suis (ma taille, mon poids, ma couleur de peau, mon passé...) et non directement conditionné à mes actions. Elle nous aide à accepter nos limites avec bienveillance, nous permet de reconnaître nos erreurs sans nous effondrer et d'accueillir les critiques de façon constructive (même si elles ne sont pas agréables à entendre!). Elle suppose une composante autocompassionnelle pour nous-mêmes, souvent peu répandue dans notre culture occidentale (voir aussi l'article d'A. Robin, p. 64). L'estime de soi relève donc de nos croyances profondes et de la construction d'une entité psychique adulte solide, réaliste et sage. Avec Christophe André (2009), nous distinguons trois dimensions de l'estime de soi : une agentive (soutenant nos actions relationnelles et les soins apportés à nous-mêmes), celle du regard et du jugement sur soi et celle de l'idée que j'ai du regard des autres sur moi.

Ces trois concepts distincts sont intimement imbriqués. Travailler l'affirmation de soi implique des mouvements intérieurs profonds, qui vont améliorer aussi la confiance et l'estime de soi. Des effets se produisent, comme dans ces pyramides de verres à champagne dans les fêtes remplies par ruissellement depuis le sommet. Nous allons voir comment les jeux de rôle augmentent notre élan à agir en confiance, notre image, notre ressenti

Nicolas DUCHESNE

Psychiatre psychothérapeute superviseur en TCC, Attaché des hôpitaux de Montpellier.



© Franck Chartron.

interne de valeur, ce qui permettra *in fine* d'atténuer les chocs émotionnels que la vie ne manque pas de nous imposer.

L'efficacité des JDR chez les enfants et adolescents est établie depuis des années (Marzie et al 2018, Knell 2011). Les preuves scientifiques émanent du champ de la Thérapie cognitivo-comportementale par jeu de rôle français (*Cognitive Behavioral Role Play Therapy*). Mais qu'en est-il pour des adultes dont la personnalité est déjà structurée ? Quelles techniques, quel savoir-faire sont susceptibles de modifier les routines automatisées et les croyances profondes d'un sujet adulte ?

THÉORIE DE L'APPRENTISSAGE

Commencez par vous accorder quelques minutes d'attention introspective pour un bref exercice inoffensif. Ramenez vos pensées à votre tendre enfance et retrouvez les souvenirs de vos jeux de « *On dirait qu'on serait...* » : « *Je serai la maîtresse et tu seras l'élève – C'est moi le cowboy et toi l'Indien – (...) le papa et toi la maman* »... Fermez les yeux deux minutes puis observez.

Ma proposition a-t-elle recueilli votre engagement, suscité votre intérêt, rencontré votre motivation personnelle ? Si oui, avez-vous réussi à mobiliser votre attention, à puiser dans votre mémoire pour ré-imaginer cette scène ? Était-elle valorisante ou gênante ? Qu'avez-vous ressenti, bien-être ou désagrément ? Quelles pensées sur votre enfance, sur celui que vous êtes devenu ? Qu'en avez-vous conclu ?

Les jeux de rôles sont une déclinaison active de ce registre. Ils mobilisent des processus comportementaux et cognitifs complexes, comme le souligne Albert Bandura (1985) (1). Nous avons appris nos conduites relationnelles, nos rôles sociaux à travers nos jeux d'imitation-interprétation d'enfance. Nous avons également assimilé, sans en être clairement conscients, une partie des règles et croyances qui ont façonné nos codes de conduite d'adulte et assimilé notre sentiment de compétence et de valeur de soi plus ou moins élevé en puisant dans nos modèles d'attachement. Les mécanismes impliqués dans les jeux de rôles dépassent largement la simple imitation, l'apprentissage par mimétisme, la répétition de perroquet !

Dans son ouvrage *Théorie sociale cognitive* (1985), Bandura a nommé ce mode d'apprentissage social « vicariant ». Il s'agit, dans un contexte favorable, d'une

séquence d'opérations mentales et comportementales enchaînées sur plusieurs étapes :

- l'observation attentive d'un comportement chez un pair, modèle inspirant en termes d'identification possible ou au contraire d'exemple déficient à ne pas répéter (les enfants apprennent ainsi qu'il ne faut pas réaliser telle action dangereuse en voyant les conséquences douloureuses chez autrui, plutôt qu'en expérimentant tous les dangers par eux-mêmes) ;
- partant de la conscience de l'écart avec ses propres conduites, la personne motivée tente de se rapprocher de son modèle ;
- ce recueil d'information observationnel, ajusté à soi par un travail cognitif, permettra ensuite d'engager des tentatives d'imitations inspirées, véritables expériences pratiques dans de nouvelles situations. Au final, le sujet assimile à lui-même ses compétences et qualités, jusqu'à créer son caractère social personnel. Les spécialistes de la pédagogie parlent d'acquisition-assimilation par réflexivité ajustée complexe. La communauté scientifique a validé et intégré ce mode à partir des années 1990. Progressivement se développe alors le sentiment d'efficacité personnelle, second concept clé d'Albert Bandura. Les premiers succès produisent une atteinte de résultats positifs graduels, la motivation à agir et la persévérance vers des buts croissant. Ici se situe la charnière entre la progression de compétences comportementales et celle de la confiance en soi et de l'estime de soi agentive, c'est-à-dire sa capacité à agir vers un but positif par soi-même. En ne ramenant pas l'entraînement de l'affirmation de soi à l'apprentissage de quelques canevas séquentiels stéréotypés pour telle ou telle situation (demande/refus, reproche/critique, écoute active...), en évitant la simplification abusive du message transmis, le thérapeute utilise les jeux de rôle comme un travail d'élaboration cognitivo-émotionnel profond. Ils nourrissent ainsi l'épanouissement personnel et l'estime de soi.

RÈGLES DU JEU...

Les thérapies par le jeu de rôle sont proposées aux patients qui présentent des difficultés relationnelles, sous-tendues par des diagnostics différents (dépressions, troubles anxieux divers, addictions...). Quelques ingrédients sont nécessaires pour guider ces jeux en mobilisant le travail émotionnel et cognitif sous-jacent aux changements comportementaux attendus.

- **La création d'un climat de confiance** est un préalable indispensable. Cette pratique implique une stricte confidentialité, la garantie d'un respect mutuel, un accueil empathique de la personne et de ses particularités, la liberté de parler sans être jugé et le droit d'essayer, ou pas, les exercices proposés.

- Il faut ensuite installer **une démarche collaborative**, vers des objectifs définis en commun et consensuels, dans un cadre énoncé clairement. Cette approche augmente l'engagement du patient pour lui-même dans le sens de la thérapie. Ainsi, pour vous inciter davantage à prendre le temps du petit exercice d'introspection vers vos souvenirs d'enfance, j'aurais pu explorer vos problématiques pour connecter ma proposition à vos besoins, vous impliquer dans l'élaboration d'un exercice pouvant vous introduire à la richesse des jeux de rôle, en expliquer les bénéfices attendus, explorer vos réticences et vos essais, vous le montrer en m'y engageant et vous encourager.

- C'est pourquoi des **entretiens pré-alables** pour explorer les singularités de chaque patient sont requis. Ils visent à construire une conceptualisation générale du fonctionnement psychologique du sujet et à conduire une analyse du fonctionnement du patient dans plusieurs situations-problèmes pour lui. La personne participe à sa propre évaluation sur le plan qualitatif (*via* un relevé de ses moments problèmes) et quantitatif par des échelles et questionnaires (2) ou à travers des questions ouvertes (3). Un focus sur ses forces et aptitudes est fondamental, chacun exploitant les siennes pour réussir.

- Dans les groupes, la synergie des compétences apparaît bien, l'équipe avançant autant grâce à la précision et la bonne organisation des uns qu'au courage d'oser des autres.

- Par son attitude, son accueil soulignant le positif et sa manière empathique de guider le travail, le thérapeute s'offre comme **un modèle « imparfait »** certes mais inspirant et correctement accessible selon les cibles établies. Les partages d'expériences, à bon escient, sont encouragés dans les groupes. Bien sûr, d'autres modèles personnels sont sollicités dans l'entourage du patient autant que possible. Ainsi, la solidité du cadre, l'évaluation précise et les techniques d'animation impliquent le patient dans un travail profond sur lui-même.

MENER UN GROUPE D’AFFIRMATION DE SOI

En proposant différents scénarios, le jeu de rôle permet l'apprentissage de comportements affirmés. En premier lieu, il s'agit d'identifier, avec un patient, pour une situation bien contextualisée, où et quand, avec qui, il pourra exprimer « *ce qu'il veut vraiment dire* ». Ce travail d'élaboration cognitive préalable est essentiel. Puis le thérapeute aide à faire émerger un canevas de formulation affirmée pour cette situation précise (Fanget 2011). Les points clés peuvent être :

- choisir le bon moment pour avoir le temps de s'expliquer ;

comportementales du patient, pour les remettre en question et assouplir sa personnalité. Ensuite, l'engagement du jeu de rôle lui-même se déroule en une ou plusieurs séquences. Les reprises d'exercices et les feedbacks (retours) sont une des fonctions fondamentales du thérapeute.

L'IMPORTANCE DE FEEDBACKS DE QUALITÉ

Proposer des feedbacks précis a pour objectif de réduire l'écart entre le fonctionnement constaté et l'objectif visé (composante évaluative). Ces remarques nourrissent également l'alliance thérapeutique, par les messages d'encouragement de la

Pour transmettre correctement de telles compétences, il est indispensable que le thérapeute expérimente cette pratique sur lui-même (participation comme apprenant ou co-animateur au sein d'un groupe par exemple). Il découvre ainsi via le vécu les savoir-faire d'animation des jeux de rôle, avec leur diversité et techniques spécifiques (inversion des rôles, jeu de rôle complexe avec dialogue ajouté contre son discours intérieur critique (Fanget Fr., Rouchouse B. 2007), temps de questionnement, gestion des blocages...). Ces expériences pédagogiques doivent être suivies de reprises tutorées ou supervisées, qui ouvrent à un autoquestionnement professionnel et une

« En ne réduisant pas l'entraînement de l'affirmation de soi à l'apprentissage de canevas séquentiels stéréotypés, le thérapeute utilise les jeux de rôle comme un travail d'élaboration cognitivo-émotionnel profond. Il nourrit ainsi l'épanouissement personnel et l'estime de soi. »

- débiter par une approche amicale (nom de la personne, phrase positive, demande de quelques minutes) puis engager le sujet du reproche ;
- décrire les faits objectifs (sans aucun qualificatif ni jugement) ;
- préciser les conséquences émotionnelles et matérielles pour soi (implication personnelle). « *Quand vous faites ceci... ça me fait cela (émotion) et provoque cela (matériel concret).* »
- laisser à l'autre le temps de réagir (en silence) ;
- réagir à sa réponse dans l'optique d'une recherche commune de solution ;
- exprimer sa satisfaction anticipée si l'accord est réaliste ;
- enfin, prendre soin de la relation (Cariou et al. 2024).

Par ex. : « *Quant à deux reprises, tu m'as coupé la parole pendant notre co-animation du groupe ce matin, je n'ai pas du tout apprécié, ça m'a vraiment énervée. Je me suis senti rabaissée et dévalorisée devant les participants. Le comprends-tu ? Aussi je voudrais que cela ne se reproduise plus, et que nous cherchions une manière pour que je me sente respectée et soutenue quand tu prends à ton tour la parole, pour que notre collaboration continue harmonieusement.* »

Le travail de préparation du jeu de rôle mobilise, par l'évocation projective, l'émotionnel, le cognitif et les habitudes

progression et pointent de façon claire et spécifique les marges de progrès entre les comportements actuels et le résultat attendu, en suggérant des étapes et pistes de solutions. Ils incitent à l'autoévaluation et recueillent le ressenti et le point de vue de l'apprenant.

L'acronyme PRECIS permet de se rappeler six qualités essentielles de feedbacks efficaces : Personnalisés, Réguliers, Équilibrés (c'est-à-dire mutuels), Clairs, Incluant une perspective utile, Spécifique.

Ces retours sur le jeu favorisent un affinement des apprentissages. La prise de conscience de capacités nouvelles nourrit la croissance de la confiance en soi du patient et de sa valeur, de son droit au respect par les autres. « *Je me sens enfin légitime et capable de ne pas accéder à tous les désirs de mes proches. Avant j'avais peur qu'on ne m'aime plus.* » Le thérapeute peut aussi conduire le patient à percevoir ses progrès par questionnement socratique (3).

À la suite, des améliorations sont envisagées, le même exercice pouvant être rejoué avec des variantes et compléments. Ces répétitions du même jeu de rôle permettent « *l'habitation émotionnelle et cognitive* », c'est-à-dire une réduction des alarmes internes associées à la nouveauté et au changement, une sortie de la zone de sécurité.

implication engagée. L'apprenant thérapeute parcourt alors les chemins délicats de la croissance personnelle, démarche essentielle pour en devenir ultérieurement le guide empathique, habile et motivé capable d'activer chez autrui ces changements (Bennett-Levy J. 2019).

ENGAGER UN CHANGEMENT PROFOND

Jouer permet donc d'assimiler de nouvelles conduites et de faire progresser son sentiment de capacité. Mais on ne peut pas changer un comportement dysfonctionnel de façon isolée. Comment arrêter de fumer ou de boire en restant par ailleurs inchangé ? Quand les conduites sont franchement pathologiques, une démarche plus personnalisée et plus profondément psychothérapique est nécessaire.

L'exploration des ressorts émotionnels et des dialogues intérieurs soutenant ces conduites relationnelles doit être menée par le thérapeute. À chaque étape du travail, le plan d'apprentissage expérimental schématisé par James Bennett-Levy et ses collègues d'Oxford Université (2004) est suivi :

- **expérimenter et bien observer**, recueillir les données ;
- **questionner** : que s'est-il passé ? quels sont les effets produits ? ;

— **analyser, en déduire des règles.** Donner un sens à ce qui s'est passé puis faire le lien avec les expériences précédentes et le savoir théorique, comprendre puis s'accorder sur une nouvelle formulation cognitive.

— **Planifier un exercice évolutif.** Considérer les implications pratiques des nouvelles compréhensions et en tenir compte pour de nouvelles expérimentations.

contradiction. Elle s'est sentie frustrée, blessée, contrainte et très embarrassée vis-à-vis de ses enfants et de son mari qui ne veulent plus de ces fêtes chez tatie Michèle.

— **Questionner :** quels sont les motifs réels pour refuser une fête de Noël identique aux précédentes ? Pourquoi n'avez-vous pas exprimé votre gêne et proposé ce que

mère et sœur ; sur l'axe des valeurs et du ressenti : Sandrine anticipe une profonde gratification à s'affirmer, à être entendue et reconnue dans ses désirs et ses capacités d'accueil mais a très peur de l'exprimer.

On le voit, ce questionnement conduit à un vaste travail émotionnel et cognitif, ouvrant au fonctionnement personnel

“ **L'activation de la vraie motivation du patient, l'habileté à favoriser son engagement, en particulier lors d'ateliers du fait de la dynamique de groupe et du compagnonnage, produisent un effet puissant pour les changements profonds de la personne... »**

Face à chaque situation vécue, le thérapeute guide le patient dans un apprentissage personnel constructif.

SANDRINE VEUT AFFIRMER UN REFUS

Par exemple : Sandrine n'a pas osé dire qu'elle ne souhaitait plus que Noël se déroule comme d'habitude chez sa sœur Michèle, à 600 km de chez elle. Lors de la dernière visio familiale, sa mère et sa sœur semblaient s'être déjà entendues et avoir déjà pris la décision sans elle.

— **Observer :** nous reprenons le déroulement de l'échange, dans un recueil des éléments factuels observables et du vécu subjectif de cette réunion à distance. Sandrine s'est connectée légèrement en retard. Sa mère et sa sœur, qui s'étaient concertées précédemment, ont annoncé les éléments de leur organisation en pointant qu'elles gèreraient l'essentiel des charges et que ce serait facile pour Sandrine, son mari et ses 3 enfants. Face à sa mère et sa sœur (de 6 ans son aînée), elle n'a pas su prendre la parole pour porter la

vous souhaitiez ? Qu'est-ce que vous vous êtes dit ? Comment imaginez-vous qu'ils réagiraient si vous refusiez et proposiez autre chose ? De quoi avez-vous peur ?

On active ainsi la démarche motivationnelle de la personne pour avancer vers sa propre décision : résoudre les obstacles, réduire les objections et peurs pour augmenter l'envie, multiplier les raisons d'oser en visualisant les fruits de sa décision assumée.

Pointons, sans le développer, que toute prise de décision, facteur clé de la confiance en soi, nécessite d'analyser, peser et concilier au mieux trois dimensions de la situation : l'axe des données matérielles concrètes, l'axe relationnel et celui du rapport avec ses valeurs et son ressenti émotionnel.

Dans le cas de Sandrine, relevons sur l'axe matériel : ne pas subir ce long déplacement (durée et fatigue) mais aussi assumer plus d'organisation en accueillant les festivités ; sur l'axe relationnel : satisfaire enfants et mari mais affronter, pour la première fois, le tandem

intime quand il cible les croyances profondes de la personne, pour accéder à un vrai sentiment de légitimité.

— **Analyser :** franchissant un pas, peut-être à l'occasion d'exemples identiques sur la même problématique, nous conduirons Sandrine à découvrir ses règles de fonctionnement contraignantes : « *Si je contrarie les autres, ils ne vont plus m'aimer* » et ses croyances : « *Je ne suis pas aussi bien que ma sœur* ». À un niveau plus avancé encore de thérapie, nous pourrions sur les racines de son sentiment d'infériorité, les figures de « modes » (4) émergeant de son enfance, mode « enfant vulnérable » lui soufflant la conviction de cette infériorité et d'un risque de rejet, mode « critique exigeant » lui dictant des exigences de docilité et d'assujettissement et mode « soumis obéissant » se proposant comme stratégie privilégiée pour éviter les tensions. À ce stade, le thérapeute formé à la thérapie des schémas peut mobiliser d'autres types de jeux de rôle plus introspectifs : le jeu des chaises (5), chacune représentant un mode, ou celui de l'adulte sain en développement...

— **Planifier la réalisation de l'exercice** dans la vraie vie, quand il aura été amplement travaillé. Il s'agit de bien définir les consignes à réaliser in vivo, énoncées précisément, selon une échéance fixée avec le thérapeute et/ou le groupe. Des stratégies de rappel de tâches facilitent l'engagement (par ex. mettre une pastille sur son téléphone pour se remémorer d'oser l'exercice chaque jour). La répétition produit l'assimilation, et le succès

À lire. L'affirmation de soi par le jeu de rôle en thérapie comportementale et cognitive

L'affirmation de soi permet d'acquérir de nouvelles compétences communicationnelles et sociales pour corriger les conduites dysfonctionnelles. Le jeu de rôle en constitue un formidable outil qui vise à améliorer la communication, l'aisance sociale et la découverte de soi. Cet ouvrage accompagne le thérapeute dans sa démarche pour maîtriser la méthodologie du jeu de rôle thérapeutique ou pédagogique ; aider les personnes à vaincre leurs difficultés à mieux communiquer ; monter des groupes d'affirmation de soi. Véritable guide pratique, il propose un panel d'outils validés scientifiquement et immédiatement utilisables. Il présente aussi des études de cas, des exemples d'exercices, des références scientifiques, des échelles d'évaluation et des conseils pratiques.

• **A.-M. Cariou-Rognant, A.-F. Chaperon, N. Duchesne, Dunod, coll. Les ateliers du praticien, 4^e éd., 2024**

la confiance. Avec la croissance de la confiance, les exercices se font avec plus de plaisir et de facilité : un cercle vertueux s'engage. À la consultation suivante, le processus expérientiel sera réactivé à partir de la tentative d'affirmation de son souhait par Sandrine.

Signalons que Fanget et Rouchouse (2007) ont proposé une variante évolutive de jeu de rôle à trois personnes, associant l'exercice de refus/demande de Sandrine à sa sœur avec, en parallèle, le dialogue « intérieur » de la patiente étant porté par une seconde personne. Sandrine débute le jeu avec sa sœur, il s'agit de dire son refus pour cette année de faire le déplacement de Noël prévu et d'exprimer sa demande que les fêtes se déroulent cette fois chez elle. Quand le jeu est déjà bien engagé, un autre compare intervient avec la voix intérieure de Sandrine : « *Tu ne dois pas la contredire, c'est elle qui commande* ». Sandrine suspend alors le jeu de rôle-dialogue avec « Michèle » et répond comme en off (travail cognitif rendu vivant) aux objections internes : « *Si ! C'est nécessaire. J'ai ma propre famille : nous avons envie d'être avec vous mais mes enfants veulent aussi pouvoir retrouver leurs amis et mon mari a trop de travail pour prendre le temps du voyage. J'ai ces contraintes à concilier... Même si je suis la cadette, je veux exprimer mes besoins autant que toi. Je suis légitime d'avoir mes envies et mes opinions.* » Très puissant pour gonfler confiance et estime.

CONCLUSION

Menés dans une optique de vécu expérientiel, les jeux de rôle apportent un capital de confiance et d'estime réel. L'activation de la vraie motivation du patient, l'habileté à favoriser son engagement, en particulier lors d'ateliers du fait de la

dynamique de groupe et du compagnonnage, produisent un effet puissant pour les changements profonds de la personne.

« *Je me sens beaucoup plus légitime pour m'appuyer sur mon ressenti et défendre mes idées, parler en "je" avec consistance* », témoigne Sandrine à l'issue de l'intervention. Une autre patiente confie : « *Je choissais d'obéir à mes craintes et évitais avec soulagement les désaccords, pensant être ainsi protégée. Aujourd'hui, je ressens le plaisir profondément nourrissant de suivre mes valeurs et de me respecter.* » Cependant, pour les personnes profondément blessées dans leur estime de soi, des programmes spécifiques plus complets existent : outils de thérapie des schémas, comme le reparentage, le travail sur l'attachement, des techniques de thérapies émotionnelles sur les traumatismes, de meilleures habiletés de gestion émotionnelle et de recherche de solution notamment.

1— En 1986, le psychologue américain Albert Bandura synthétise ses observations sur les fondements des acquisitions de nos actions et pensées en une « théorie sociale cognitive ». Cet ouvrage monumental contient la description d'un mode fondamental d'apprentissage relationnel appelé vicariant.

2— On utilise classiquement différents outils psychométriques, comme le questionnaire de Liebowitz (1987) pour le niveau d'anxiété sociale et d'évitements.

3— Le dialogue socratique est une stratégie qui s'appuie sur l'interrogation et dont le but est de stimuler la pensée critique de l'apprenant, en l'amenant à prendre conscience de ce qu'il sait implicitement, puis de l'exprimer et de le juger. Cette stratégie situe l'apprenant au centre de son apprentissage.

4— La thérapie des schémas est une approche intégrative qui aide à comprendre et transformer les schémas profonds qui se répètent dans la vie des patients : leurs croyances sur eux-mêmes, les autres et le monde, leurs émotions et leurs modes de réaction. Cette technique identifie différents « modes » de

réponse, comme autant de stratégies mobilisées de façon « automatique » par la personne. Le fondement théorique est celui des relations d'attachement.

5— Le jeu des chaises permet de « matérialiser » les différentes « voix intérieures » ou « modes ». Une chaise représente par ex. un mode « vulnérable » ou « critique » et une autre un mode « affirmé » pour le critiquer et élaborer des réponses différentes. Ce jeu aide à sortir de l'ambivalence et des cercles vicieux dans lesquels le sujet est prisonnier.

BIBLIOGRAPHIE

- André Christophe, *Imparfais, libres et heureux* Ed Odile Jacob, 2009.
- Marzie Atayi, Razini Hadi Hashemi, Hatami Mohammad, *Effect of cognitive-behavioral play therapy in the self-esteem and social anxiety of students. Journal of Research & Health* 2018, 8, 3.
- Bandura, Albert *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Livre 1985 et *Journal of Applied Psychology*, 1986, 12, 169.
- Bennett-Levy James, Butler Gillian et al. *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy* Oxford University Press 2004.
- Bennett-Levy James *Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development* J Behav Ther Exp Psychiatry 2019 62, 133-145.
- Cariou Anne-Marie, Chaperon Anne-Françoise, Duchesne Nicolas *L'affirmation de soi par le jeu de rôle* 4^e édition Ed. Dunod, 2024
- Fanget Frédéric, Rouchouse Bernard, *L'affirmation de soi, une méthode de thérapie* Ed. Odile Jacob 2007.
- Fanget Frédéric, *Affirmez-vous ! Pour mieux vivre avec les autres*, Ed. Odile Jacob, 2000, 2011.
- Fanget Frédéric, *Oser la vie à deux* Ed. Odile Jacob, 2010.
- Knell Susan M. *Cognitive-Behavioral Play Therapy in Schaefer C.E. Foundations in play therapy* Ed. 2011 chap 17, 313-349.
- Liebowitz (1987)
- Michael R. *Social phobia. Mod. Probl. Psychopharmacol.* 1987; 22:141-173.
- Pepin Charles *La confiance en soi, une philosophie* Agora Philosophie 2021.

Résumé : Les jeux de rôle, technique validée comme efficace pour renforcer la confiance et l'estime de soi des enfants et adolescents, peuvent-ils atteindre les mêmes résultats chez des adultes dont la personnalité est déjà structurée ? Après avoir posé les concepts d'affirmation, confiance et estime de soi, nous détaillerons les étapes et moyens cliniques, adossés aux connaissances théoriques, permettant des changements dans la personnalité du patient venu pour mieux s'affirmer. Nous présenterons tout d'abord le travail motivationnel permettant au patient de clarifier ses ressentis, pensées et valeurs, puis la pratique des jeux de rôle dans une démarche expérientielle. Les thérapeutes gagnent considérablement à appliquer à eux-mêmes ces techniques, ce qui conditionne aussi leurs compétences professionnelles.

Mots-clés : Affirmation de soi – Apprentissage – Cadre thérapeutique – Changement – Concept – Confiance – Estime de soi – Jeu de rôle – Processus psychothérapeutique.

De la richesse pédagogique

Le jeu de rôle, outil pédagogique, donne aux professionnels l'opportunité de mettre en pratique des compétences techniques, procédurales, collaboratives, organisationnelles et relationnelles, dans un environnement proche de la clinique mais en sécurité.

Les jeux de rôles (JDR) constituent une méthode pédagogique active souvent controversée en formation continue. Lorsqu'en fin de session, j'évalue la satisfaction des stagiaires, les critiques fusent souvent : « C'est inutile, ça ne sert à rien et en plus ce n'est pas la réalité. » Mais d'autres stagiaires prennent fait et cause pour cette modalité didactique : « Ça permet de se mettre dans la peau du patient, de mieux percevoir ce qu'il ressent » ou « Je ne me rendais pas compte combien les premiers mots que l'on dit à un patient conditionnent toute la suite de l'entretien. Je le savais dans ma tête mais le jeu de rôle m'a permis de le vivre, tout en me protégeant des conséquences qu'un tel loupé aurait eues dans la vraie vie. Le jeu de rôles, c'est irremplaçable même si l'on n'a pas trop envie de s'exposer. »

Dominique FRIARD

Infirmier de secteur psychiatrique,
Superviseur d'équipe.



que du jeu de rôle



Lorsque je propose un jeu de rôles à un groupe de soignants en formation continue, la première chose que je perçois est leur réticence. Ils soupirent, évitent de croiser mon regard, fixent un point imaginaire quelque part au nord de leurs chaussures, et tentent de me faire comprendre de mille et une manières qu'ils préféreraient ne pas... « *C'est obligé ?* » Non. Première règle : nul n'est contraint d'endosser un rôle et de le jouer devant ses pairs. Le verbe jouer ne se conjugue pas à l'impératif. En revanche, je n'ai jamais entendu un stagiaire me dire : « *Enfin ! Je me demandais quand nous allions y venir. Bien sûr que je suis volontaire. Quelle situation faut-il jouer ?* »

Dans chaque groupe, en général, il y a au moins un candidat au JDR. Souvent avec l'expérience d'une pratique théâtrale. Certains font partie d'une troupe, d'autres d'un club d'improvisation, d'autres encore animent une médiation théâtrale dans le cadre de leur exercice professionnel. Ils n'ont pas tous les mêmes inhibitions. Je m'appuie sur cet intrépide pour composer le casting. Les rôles les plus « faciles » à distribuer sont ceux des patients et de leur famille ; les plus complexes, ceux qui suscitent davantage de réticences sont ceux des soignants... , comme si interpréter un soignant devant un « public » de collègues les engageait bien au-delà de ce qu'ils souhaiteraient. Il est probable que la crainte d'être jugé l'emporte alors sur la dynamique de formation. S'y rajoutent sûrement des pressions (invisibles pour le formateur) liées au fonctionnement de l'institution, à la porosité de l'espace de formation, aux rumeurs et commérages qui se propagent dans certains lieux à la vitesse de la lumière. L'espace de jeu doit être sécurisé. Nous y reviendrons.

Dans les formations que j'anime (entretien clinique infirmier, éducation thérapeutique du patient ETP) je propose systématiquement au moins une séquence de jeu de rôles dans un groupe de 7 à 12 participants. Ces sessions, courtes, durent trois à cinq jours pour l'entretien, six jours pour l'ETP. C'est parfois peu pour « faire groupe ». Surtout lorsque les stagiaires

© Franck Charton.

retournent déjeuner dans leur service, comme s'ils devaient « faire allégeance » à leurs collègues restés dans l'unité. En plus de trente ans, je n'ai jamais dû renoncer à organiser un jeu de rôle. L'abandon n'aurait pas été catastrophique, j'aurais alors proposé une autre méthode active : étude de cas, débat critique, séquence de résolution de problèmes, ou, à l'inverse, un cours magistral.

Le temps de la distribution des rôles peut être plus ou moins long (et parfois c'est très long) mais il est quasiment incompressible. Il fait lui-même partie du jeu de rôles et en constitue le prélude. Dans ce temps incertain, c'est le groupe en tant qu'entité (déjà existant, organisé, avec un début d'histoire ou à naître si l'on est en début de formation) qui est en travail. Dès qu'un stagiaire se positionne pour jouer le patient (le plus souvent), les grandes manœuvres commencent. Qui pour jouer avec lui ? Les jeux de regard se poursuivent : « *Aller Camille, tu ne vas pas me laisser tomber ?* » Les liens antérieurs à la constitution du groupe sont mobilisés. Camille accepte de jouer la mère du patient. Qui pour jouer les soignants ? Plus le casting s'enrichit et plus la pression intragroupale grandit. À cette étape, je me fais discret et me borne à reformuler. C'est le groupe qui organise la distribution des rôles. Le jeu de rôle a toujours, presque par essence, une dimension collaborative.

LE JEU DE RÔLE EN PÉDAGOGIE

Ainsi que l'écrit B. Patin, docteur en sciences de l'éducation, « *la formation aux relations humaines concerne nombre de professionnels engagés dans des situations de face-à-face, individus ou groupes. L'enseignement théorique et clinique qu'elle recouvre, pour intéressant et nécessaire qu'il soit, n'en demeure pas moins limité quand on connaît sa complexité. La question se pose alors des modalités pédagogiques supposées y parvenir et qui permettraient un travail suffisamment en profondeur pour aider ces professionnels [...] à se positionner face aux différentes logiques qui s'entrecroisent dans les organisations de travail [...]* » (1). Dès qu'il s'agit de mettre en travail des compétences aussi complexes que celles requises par l'animation d'un groupe d'ETP ou la pratique de l'entretien clinique infirmier, les modalités pédagogiques classiques atteignent vite leurs limites, d'autant plus que les participants n'ont guère pu aborder ces contenus en

formation initiale. B. Patin rappelle que le jeu de rôles est un outil reconnu dans les formations aux relations humaines définies comme des « *exercices structurés en dynamique des groupes* » (2). « *Les avantages didactiques et psychologiques du jeu de rôles expliquent [...] son utilité dans les formations d'adultes faisant de l'apprentissage un processus dialectique où expérience et théorie sont en interaction constante* » (1).

• Les courants théoriques

Nous ne reprendrons pas ici l'histoire du jeu de rôles, sinon pour rappeler qu'il est issu de deux courants théoriques très différents (Moreno et la psychanalyse de groupe) auxquels s'est rajouté l'intérêt de Lewin pour les phénomènes de groupe et l'utilisation des « situations miniatures » dans la sélection militaire pendant la Seconde Guerre mondiale (Bion et le groupe sans leader) (3). En pédagogie, dès le début du xx^e siècle, de nombreux travaux sont consacrés à l'approche psychopédagogique du jeu (Claparède 1909, Piaget 1932 entre autres). Une place croissante est laissée à ceux qui portent sur le développement de l'adulte et le jeu s'invite alors dans les formations d'adultes. Dans ce cadre, les participants sont amenés à explorer de nouvelles situations, à tester leurs qualités d'improvisation. Il s'agit de faire découvrir à chacun ses attitudes, son mode d'interaction avec autrui notamment dans l'activité professionnelle. Le jeu de rôles a, ainsi, trouvé sa place dans la batterie des méthodes de formation. Mais cet outil, sensible, qui interpelle directement les participants dans ce qui touche aux fondements de leur personnalité (attitudes, représentations identitaires, rôles psychosociaux), doit être manipulé avec précaution et soutenir un questionnement éthique (4).

• Dangers et limites

Gardons à l'esprit que l'outil est mobilisable tant dans le champ de la thérapie que de la formation. Élève-infirmier en psychiatrie en 1978, j'ai été formé à la dynamique de groupe par le groupe, autrement dit par la pratique des jeux de rôles. Il me faut convenir que ces exercices n'étaient pas toujours sécurisés et que leur cadre était parfois flottant. Des interprétations perçues comme sauvages ont meurtri plus d'un élève. Devenu infirmier, j'ai régulièrement bénéficié d'actions de formation continue et j'ai pu ainsi

approcher la thérapie familiale systémique et la vidéothérapie à partir de jeux de rôles filmés et commentés collectivement. J'en ai perçu l'intérêt pédagogique mais également les limites et les dangers. J'étais toujours volontaire pour expérimenter des activités dont je percevais d'abord l'aspect ludique, l'aire intermédiaire d'expérience qui nous était offerte (Winnicott), le *play* plutôt que le *game*. Le faire et le subir ont été, pour moi, de puissants leviers d'apprentissage. Enfin, l'exploitation collective des jeux de rôles a régulièrement favorisé une coconstruction du savoir et une distinction des éléments conscients et inconscients que je mettais en œuvre dans ma façon de communiquer et de me comporter. C'est ainsi par essai/erreur que j'ai construit le dispositif présenté ici.

• Simulation

Le jeu de rôles reste donc aujourd'hui un extraordinaire outil pédagogique. Berger, Favrod, Frobert et Nguyen ont montré que dans le contexte de la formation en soins infirmiers de niveau Bachelor en Suisse, le plan d'étude cadre (PEC, 2022) s'inscrit dans une dimension constructiviste dans laquelle les approches pédagogiques expérientielles sont au cœur de ses programmes. « *Les jeux de rôles tiennent une place importante dans ce paradigme pédagogique, en ce qu'ils relèvent d'une approche inductive qui est ancrée dans l'expérience et le groupe. Cet environnement pédagogique particulier permet d'articuler la théorie et la pratique, d'expérimenter des situations sans les contraintes des conditions réelles (Zogmal et Fillietaz, 2025) en vue de former à l'exercice de la profession ou à l'amélioration de nouveaux rôles sociaux (Patin, 2005). Ces auteurs relèvent la plus-value des expériences interactionnelles lors des jeux de rôle comme opportunités pour acquérir de nouvelles connaissances professionnelles et développer de nouvelles compétences, dont les techniques de soins et l'accompagnement de patient.e.s* » (5).

Le jeu de rôle, qui fait partie de la pédagogie par simulation, est classiquement défini comme un outil, « *où l'apprenant expérimente une situation professionnelle simulée lui permettant d'exercer des habiletés de communication ou d'essayer différentes façons d'intervenir et d'en percevoir les effets, le tout dans un contexte protégé et non préjudiciable au patient.* » (6) Nous pouvons différencier au moins deux types de jeux de rôle en fonction de

la cible d'apprentissage privilégiée : le jeu de rôle procédural, qui vise l'acquisition d'une habileté (savoir-faire) et le jeu de rôle d'exploration, dont l'objectif est de mieux se connaître et de s'ajuster comme intervenant (savoir-être). Dans les deux cas, le rôle du patient peut être incarné par un autre participant, par l'animateur ou un expert, ou bien par une personne extérieure entraînée pour jouer ce rôle en fonction d'un scénario spécifique. À l'instar de ceux que j'anime, les jeux de rôles proposés aux apprenants sont souvent mixtes. La composante procédurale ou d'exploration peut être dominante mais selon les circonstances elle est complétée par l'autre volet.

les stagiaires présentent leur parcours et leurs attentes vis-à-vis de la formation (donc également leur motivation) et le remplissage du pré-test, il convient de présenter le contenu global de la formation, les méthodes pédagogiques utilisées et leur finalité. Je n'insiste pas mais place le jeu de rôle à venir dans le paysage, entre le travail en intersession, les études de cas et la partie magistrale de la formation. Le formateur peut en profiter pour préciser sa posture de facilitateur de la réflexion commune plus que de détenteur de la vérité. Je ne propose jamais le jeu de rôle en début de formation. J'attends que le groupe ait trouvé ses repères, et qu'émerge une dynamique. Dans le meilleur des cas, ce

réalité commune : rares sont les équipes qui reçoivent les proches lors d'un premier accueil (sauf en pédopsychiatrie) et rares sont celles, notamment dans le temps plein hospitalier, qui mobilisent deux soignants pour un entretien d'accueil. Il est essentiel que la situation jouée soit en partie inhabituelle afin de produire un écart avec le quotidien. Je trouve par ailleurs important d'induire par le jeu de rôle que les familles pourraient être davantage prises en compte, écoutées et mobilisées. Il est également intéressant que les soignants soient deux, ce qui les oblige à se partager le travail, à interagir, à se fixer un minimum d'objectifs. Vu le temps de formation (c'est différent pour l'ETP), je ne

“ **D'une séance à l'autre, les stagiaires repèrent ce qui ne fonctionne pas ou mal, intègrent des corrections possibles et modifient leur façon d'animer** (*être attentif au cadre, éviter de répondre à la place du patient, ne pas se coller à son collègue...*). »

L'animation, qui doit être pensée et organisée, peut être découpée en trois temps : avant, pendant et après le jeu. Elle peut être également divisée en sept moments voire huit : présentation des finalités de la séance, présentation et élaboration de la situation retenue, préparation de la séquence de jeu par les acteurs, mise en situation, impression des acteurs tant sur leur vécu interne que sur la tâche à réaliser, retour des observateurs et conclusion du formateur. Nous y rajouterons la reprise régulière de la situation jouée pour illustrer tel ou tel aspect théorique abordé dans la suite de la formation.

AVANT LA SÉANCE

Eu égard aux réticences observées, l'entrée en matière dans un jeu de rôle est donc une étape très délicate, car il s'agit à la fois de présenter le contenu, les règles du jeu et d'amener les participants (qui n'ont pas forcément demandé à se former) à accepter de s'impliquer dans cette activité ludique.

Malgré tous nos efforts pour rassurer les apprenants et les inviter à se livrer à cette pratique, il faut accepter le fait que certaines personnes, voire le groupe tout entier, refusent de jouer.

Pour limiter ce risque, dès le début de la formation, après le tour de table initial où

dispositif ne sera utilisé qu'au deuxième voire au troisième jour de formation. En général, puisqu'il s'agit de simuler un entretien d'accueil, les premiers jalons de la réflexion sur cet entretien sont posés en amont. Je rappelle qu'il s'agit d'un jeu et que les comportements observés sont des rôles de composition qui ne caractérisent pas les interprètent. Ce sont des situations qui sont jouées et elles ont leur propre logique, en partie indépendantes des individus qui les font vivre. Je mets l'accent sur la bienveillance et la confidentialité absolue à garder à propos de ce qui sera joué. Ainsi, lorsqu'au moment de l'élaboration de la situation, les stagiaires construisent un patient complexe (très délirant, totalement mutique, voire violent) j'interviens pour énoncer qu'il ne s'agit pas de mettre ceux qui joueront en difficulté mais de travailler collectivement à partir des interactions observées. Je peux également préciser au groupe que je ne jouerai pas afin d'éviter d'être pris comme modèle. Ils doivent trouver leur propre style, en situation.

Une fois le casting terminé, nous élaborons ensuite collectivement la situation et les personnages. Je mobilise toujours quatre protagonistes : deux soignants, un patient et un de ses proches (mère, père, conjoint). Nous nous écartons ainsi de la

pourrais proposer qu'un seul jeu de rôle, et un nombre maximum de participants. Je débute par la question : « *Qui accueillons-nous et où ?* » Le groupe commence par choisir le lieu : CMP adulte ou enfant, unité d'accueil en intrahospitalier. Ce choix revient aux acteurs, qui préfèrent souvent intervenir sur un terrain stable, connu. Comme les deux soignants ne travaillent pas dans la même unité, le choix fait conditionne déjà leurs positionnements respectifs dans le jeu de rôle. Le groupe décrit ensuite les différents personnages : prénoms parfois noms, âge, liens de parenté, parcours de soin, éléments importants d'histoire de vie, place de la famille, classe s'il s'agit d'un enfant, profession (des parents). S'en dégage un canevas assez précis qui servira de repère aux acteurs. Il est écrit sur un *paperboard* ou au tableau afin qu'ils puissent s'y référer en cas de besoin. Certains respecteront à la lettre le fil d'autres s'en affranchiront sans complexe. Peu importe au fond, nous avons commencé à faire groupe. Il s'agit d'une œuvre collective qui enrichit le vécu du groupe et en émane.

Cette partie achevée, je demande aux comédiens de sortir de la salle une dizaine de minutes et de préparer l'accueil et l'entretien. Certains s'attachent à détailler le déroulement de la séquence, avec

l'organisation des locaux, les premières répliques, les mouvements des uns et des autres... D'autres moins chevronnés, moins anxieux peut-être également, laissent une très grande part à l'improvisation.

pond à la durée moyenne d'un entretien d'accueil et d'orientation. Je prévois toujours avant la fin de la séquence : « *Cinq minutes pour conclure* ». Parfois, les acteurs terminent eux-mêmes au bout

Je commence donc toujours par demander à l'acteur qui joue le patient : « *Comment avez-vous vécu cette situation ?* » Après un premier élément de réponse, j'ajoute parfois : « *Comment vous êtes-vous senti*

“ **L'objectif n'est pas de trouver des solutions mais d'apprendre à poser des problèmes. Les stagiaires sont invités à passer de l'observation presque passive à celle d'une participation, forcément plus active.** »

Pendant ce temps, je travaille avec les observateurs (ceux qui ne jouent pas). Que serait-il intéressant d'observer dans cette situation ? Qu'est-ce qui pourrait enrichir notre perception d'un entretien d'accueil ? Je ne demande jamais aux observateurs d'étudier la totalité de la séquence. J'ai fait le constat, notamment autour de films utilisés en formation, que si l'on ne sait pas quoi regarder, on ne voit rien. Chacun se focalise donc sur un point et en sera le rapporteur pour le groupe. La vision globale de la séquence se dessinera petit à petit. Certains vont se centrer sur le non-verbal, les attitudes, d'autres sur les relations entre les protagonistes (interactions des soignants entre eux, avec le patient désigné, son proche, interactions « familiales »), sur les techniques utilisées (focalisation, reformulation, interprétation...), sur les données recueillies et enfin, sur le début et la conclusion de l'entretien. Leur consigne est d'être suffisamment proches de l'action pour entendre et voir sans gêner les protagonistes. La prise de notes est encouragée. Je vais ensuite chercher les acteurs.

PENDANT LE JEU

Le jeu débute toujours par la mise en présence des soignants et du patient et de son proche. Les soignants les accompagnent jusqu'au lieu de l'entretien et organisent l'espace. Je le rappelle à chaque fois mais tous les acteurs n'en perçoivent pas l'importance. Certains s'en préoccupent avant et d'autres non. Ça implique souvent de déplacer les tables, les chaises... Les salles disponibles dans les centres de formation continue sont rarement équipées pour les jeux de rôle. Les observateurs se positionnent souvent où ils peuvent. La séquence de jeu dure en général vingt minutes, ce qui corres-

de dix minutes d'entretien en annonçant : « *Maintenant vous allez être reçu par le psychiatre qui s'occupera de vous. On se revoit après pour votre installation* ». *A priori*, je n'interviens pas pendant le jeu de rôle autrement que pour en limiter la durée. Si cela s'avérait nécessaire, je le ferais sans hésiter mais la plupart du temps, les acteurs qui jouent le patient ou son proche font en sorte de faciliter les choses aux soignants. S'ils sont mutiques au début, ils se dérident, s'ils sont en colère, ils s'apaisent progressivement. Des rires ponctuent souvent les répliques les plus surprenantes. Il peut exister des apartés à destination des observateurs. Nous sommes bien dans une séquence de jeu même si ces manifestations peuvent aussi faire figure de défense. La séquence de jeu s'achève par des applaudissements, polis ou enthousiastes. Nous remettons tables et chaises en place et nous retrouvons, chacun à sa place, dans la salle de formation.

APRÈS LE JEU

Le débriefing débute toujours par les réactions des acteurs. B. Patin note que la coutume « *veut que les observateurs prennent la parole en premier pour rendre compte de ce qu'ils ont vu des réactions des participants. Ce choix peut surprendre, et l'on peut lui reprocher de freiner les participants, voire les castrer parfois. Notre pratique de formation nous a conduits à donner la parole en premier à celui qui a expérimenté le rôle attendu, comme manière de reconnaître la difficulté de la tâche et de le valoriser. Nous reconnaissons ainsi la légitimité de ses éprouvés, ce qui lui permet ensuite de mieux adopter une démarche recherche dans le sens qu'ils revêtent* » (1). Comment ne pas adhérer à ces propos ?

accueilli ? » Je poursuis ensuite avec le proche du patient en posant les mêmes questions. Indépendamment des personnalités des acteurs, la réponse peut être différente. Je passe ensuite aux acteurs-soignants, portant mon attention sur les émotions qui affluent de leurs réponses. Je reconnais que ce n'est pas toujours facile de jouer l'infirmier. Si je perçois que le soignant a la sensation de ne pas avoir été à la hauteur, je fais référence aux observateurs qui tempéreront certainement ce vécu. Pratiquer un entretien ne va pas de soi : c'est d'ailleurs pour cette raison que l'on organise des formations. Je rappelle l'importance de la faute dans le processus d'apprentissage. Et de fait, d'un jeu de rôles à l'autre, les erreurs sont toujours corrigées. Ainsi en va-t-il par exemple, pour les jeux de rôles portant sur l'animation de groupe dans les formations ETP ; chaque stagiaire s'y retrouvera en position de coanimateur. D'une séance à l'autre, les stagiaires repèrent ce qui ne fonctionne pas ou mal, intègrent des corrections possibles et modifient leur façon d'animer (être attentif au cadre, éviter de répondre à la place du patient, ne pas se coller à son collègue...). Nous pouvons aussi nous intéresser aux rires, aux apartés.

Nous passons ensuite aux observateurs en suivant un fil logique. Nous commençons par le début de l'entretien (comment le cadre se met-il en place ?, comment les uns et les autres se présentent-ils ? que font-ils...) et nous terminons par la conclusion de l'entretien (une synthèse est-elle proposée, des pistes de soin esquissées ?...). Je n'accepte aucun jugement global. J'invite chaque observateur à décrire ce qu'il a vu et non à en déployer une interprétation. J'interviens en complément de ses propos pour valider, préciser et identifier une

question qui se pose au groupe à propos de laquelle il est important d'échanger. Comment se présenter au patient ? Juste son prénom (« *parce que s'il a notre nom, on ne sait jamais* ») ? Sa fonction ? Comment se partager les tâches quand on est deux à animer un entretien (animateur, secrétaire, un qui se focalise sur le patient, l'autre sur le proche ?) Faut-il inviter le patient à synthétiser l'entretien, terminer par une reformulation résumée ? Quels sont les avantages et les inconvénients de chaque stratégie ?...

Chaque moment à son importance mais cette étape est probablement pédagogiquement la plus riche. Il ne s'agit pas d'analyser la totalité de la séquence, comme s'il était possible de l'épuiser mais de cheminer avec le groupe. Les questions sont amenées par le vécu groupal et les échanges, celles qui n'en découlent pas même si cela était pertinent en termes de connaissance n'ont pas d'intérêt pour le groupe, *hic et nunc*.

Lorsque c'est possible en termes de minutage, tous les participants (acteurs et observateurs) ayant eu accès aux mêmes données, j'invite chacun à rédiger un compte rendu de l'entretien, destiné au dossier du patient, selon une des méthodes dites de transmissions ciblées. Une partie du groupe est conviée à utiliser la grille « Données/Action/Évaluation », une autre à transcrire ces données sous la forme d'une macrocible (maladie, traitement, vécu, environnement et développement, MTVED) et enfin une troisième sous l'aspect d'un récit. Les écarts sont d'autant plus riches que certains ont mené l'entretien, d'autres l'ont observé. Le patient et son proche sont invités à rédiger, eux-mêmes, un écrit soit sous la forme d'une lettre soit d'un post sur un réseau social. Nous discutons évidemment de ces écarts et de ce qui les fonde. Nous terminons en tentant de dégager les

découvertes générées par le jeu de rôles et essayons de les projeter dans la pratique quotidienne afin de voir ce qui pourra être transposé ultérieurement dans l'exercice professionnel ou dans la relation avec tel ou tel patient.

Le jeu de rôle continuera à exister à travers mes propos. Chaque fois que l'occasion m'en sera donnée, j'éclairerai un point théorique ou pratique à partir de tel ou tel fragment de la séquence, par exemple lorsqu'il s'agira de penser la terminaison de l'entretien ou d'initier un exercice de reformulation.

CONCLUSION

Le jeu de rôles est une modalité pédagogique très riche. Une fois la réticence initiale dépassée, les professionnels s'y investissent comme en témoignent les rires (défensifs ou non). La situation est élaborée et commentée par les participants. Le jeu vise à donner aux professionnels l'opportunité de mettre concrètement en pratique des compétences techniques, procédurales, collaboratives, organisationnelles et surtout relationnelles dans un environnement proche des conditions des milieux cliniques mais en sécurité, sans risques autres que narcissiques, la situation de groupe tendant à les minimiser. Ils peuvent se projeter, eux-mêmes, dans la situation, endosser le rôle d'infirmier qui propose un entretien d'accueil à un patient qui entre dans leur unité. Si tous n'ont pas joué directement ce rôle, ils ont étroitement accompagné des collègues qui l'ont rempli. Ils les ont observés, ont écouté et partagé leur vécu et réfléchi collectivement à son déroulement de la prise de contact avec le patient jusqu'à la conclusion de l'entretien.

L'objectif n'est pas de trouver des solutions mais d'apprendre à poser des problèmes. Les stagiaires sont invités à passer

de l'observation presque passive à celle d'une participation, forcément plus active. L'enjeu est de regarder la situation autrement, d'apprendre à observer lorsque l'on est un participant engagé, de s'observer observant. Le jeu de rôles permet ainsi de développer un « savoir » qui s'articule avec une meilleure conscientisation des « savoir-faire » comme compétence à acquérir, et du « savoir-être » comme enveloppe de l'interaction. Il favorise l'analyse en situation de la pratique d'entretien, enrichit l'*insight* du soignant et l'amène à se penser non plus comme un simple répondant (aux besoins du patient, à sa demande, à celle du médecin, de l'institution) mais comme un producteur de soins qui propose des entretiens ou des activités qu'il a la capacité de mettre en travail, d'analyser et qui enrichisse la prise en charge collective du patient.

1— Patin B., « Le jeu de rôles : pratique de formation pour un public d'adultes », in *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2005, N° 67-68, p. 163-17.

2— De Vischer P., *La dynamique des groupes d'hier à aujourd'hui*, PUF, Paris, 1979.

3— Friard D., *Supervision d'équipes en psychiatrie. Dispositifs d'analyse de pratiques professionnelles*, Coll. Chemins de soin en santé Mentale, Seli Arslan, 2023.

4— Daniau S., *Jeu de Rôle Formatif et maturation des adultes Co-recherche-action-formation et approche écopsiycho-sociale*, Thèse Sciences de l'éducation, Université Paul Valéry— Montpellier III, décembre 2005.

5— Berger E., Favrod J., Frobert L., Nguyen A., « Apprendre à initier une rencontre avec les patient.e.s dans un jeu de rôles : quelles compétences interactionnelles ? », in *Éducation et socialisation, Mobiliser et développer des compétences interactionnelles dans les contextes de travail et de formation, Les cahiers du CERFEE*, 77/2025

6— Girard G., Clavet D., Boulé R., « Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage », in *Pédagogie médicale*, août 2005, Vol. 6, n° 3, pp. 178-185.

Résumé : En formation professionnelle, le jeu de rôle est une modalité pédagogique très riche. Il vise à donner aux professionnels l'opportunité de mettre concrètement en pratique des compétences techniques, procédurales, collaboratives, organisationnelles et surtout relationnelles dans un environnement proche des conditions des milieux cliniques. Ils peuvent se projeter, eux-mêmes, dans la situation, endosser le rôle d'infirmier qui propose un entretien d'accueil à un patient qui entre dans leur unité. L'auteur précise le cadre de ce dispositif et son déroulement.

Mots-clés : Attitude du professionnel – Dynamique de groupe – Entretien infirmier – Formation permanente – Jeu de rôle – Méthode pédagogique – Outil pédagogique – Savoir être – Savoir faire.



© Franck Chartron.



Poser des limites grâce

Dans leur pratique, dire non ou exprimer un besoin met parfois les soignants en difficulté. Le micro-jeu de rôle ouvre un espace d'entraînement rare, qui peut leur permettre de rejouer leurs interactions et leurs automatismes.

J'ai commencé à utiliser le « micro-jeu de rôle » dans un cadre strictement pédagogique, pour enseigner des compétences de gestion de conflit à des salariés et des bénévoles d'associations. Mon intention initiale était de rendre la formation plus vivante en permettant aux participants d'incarner des notions

Pierre DE BÉRAIL

Docteur en psychologie, Montpellier.

théoriques parfois abstraites. Très vite, j'ai constaté que ces mises en situation ne se limitaient pas à illustrer un contenu : elles faisaient émerger des enjeux personnels et relationnels. Les participants rejouaient littéralement leur manière d'entrer en relation, leurs automatismes et les limites qu'ils avaient du mal à poser dans leur quotidien.

Hors du contexte de formation, j'ai commencé à intégrer cet outil à ma pratique clinique, où il s'est révélé intéressant pour faire vivre des expériences émotionnelles contrôlées et faciliter l'expression des patients. Ces jeux de rôles ciblés m'ont

paru particulièrement pertinents pour aborder la notion des limites dans un cadre professionnel. Que ce soit auprès de personnes qui travaillent en milieu associatif ou auprès de soignants dans le cadre de ma pratique clinique, j'ai remarqué que la difficulté à poser des limites constituait en effet une problématique récurrente. Le fait de dire non, d'interrompre une interaction, de différer une demande, de reconnaître une surcharge ou d'exprimer un besoin personnel peut mettre en grande difficulté certaines personnes. Ces gestes, pourtant essentiels au maintien d'un engagement



© Franck Chartron.



au micro-jeu de rôle

professionnel durable, peuvent être vécus comme impossibles ou culpabilisants. Or, cette difficulté constitue un facteur bien identifié dans l'apparition de l'épuisement professionnel.

C'est dans ce contexte que le micro-jeu de rôle apparaît comme un outil pertinent. Il permet de tester, ajuster, affirmer ou sentir une limite dans un cadre sécurisé. Il offre un espace d'entraînement rare, où il est possible de répéter une posture nouvelle avant de la mettre en œuvre dans le réel. Utilisé en séance clinique ou dans des dispositifs institutionnels de formation, le micro-jeu de rôle peut aider des professionnels à retrouver un engagement plus équilibré et adapté à leur pratique.

L'objectif de cet article est de définir le micro-jeu de rôle, de comprendre ses mécanismes et de montrer comment il s'avère un levier concret pour accompagner des professionnels en les autorisant à poser des limites dans leur pratique quotidienne.

UN OUTIL PRATIQUE AU TRAVAIL

Le jeu de rôle est un outil largement utilisé en pédagogie, communication, psychologie et entraînement professionnel. J'emploie le terme micro-jeu de rôle pour désigner une forme brève et ciblée de jeu de rôle, particulièrement adaptée aux environnements où le temps est compté et où l'objectif est de mettre en lumière un point spécifique ou bien d'entraîner une compétence précise.

Le micro-jeu de rôle consiste donc en une mise en situation courte (souvent de quelques minutes), dans laquelle deux personnes, rarement plus, incarnent un échange réel ou probable pour les participants. Il s'agit d'un exercice volontairement restreint dans sa durée et son périmètre, afin de créer une expérience émotionnelle intense mais contenue. La simplicité du scénario est également importante : une consigne claire qui met en scène une situation réaliste avec un enjeu identifiable. Lorsque la mise en situation n'a pas pour unique vocation d'illustrer un point théorique, par exemple

dans un contexte clinique, il est essentiel que ce jeu de rôle soit coconstruit avec le participant afin de s'entendre sur l'objectif le plus pertinent à mettre en scène. La simplicité de cet outil permet de reproduire plusieurs fois la même scène pour explorer différentes postures. Dans le cadre professionnel, ces mises en situation peuvent cibler des compétences relationnelles et renforcer l'identité professionnelle des participants qui s'autorisent alors à adopter des comportements différents au travail et dans leur vie privée. Renforcer l'identité professionnelle peut en particulier faciliter le fait de poser des limites à son exercice. En effet, lorsque la frontière entre la sphère personnelle et professionnelle est floue, le risque d'épuisement au travail est plus grand.

LA DIFFICULTÉ À DIRE NON

Les professionnels du soin sont souvent confrontés à des situations où il est difficile de poser des limites. La littérature identifie plusieurs facteurs de risque à l'origine de

l'épuisement professionnel : facteurs professionnels et organisationnels (charge de travail, style de management...), interindividuels (soutien social, relations avec l'équipe et avec les patients...) et intra-individuels (personnalité et stratégies de *coping*, (1). Dans son travail de thèse (2022), Damien Ridremont, Dr en psychologie, présente finement ces facteurs.

La difficulté des soignants à poser des limites, comme la peur de dire non, a également été identifiée (Chatwal et al., 2023; Eder et Meyer, 2022). Plusieurs causes expliquent cette difficulté. Certaines sont en lien avec des caractéristiques propres à l'individu, comme son altruisme (propension à passer les autres avant soi), mais aussi sa faible estime de soi et sa tendance à l'auto-sacrifice. Des causes collectives et culturelles interviennent également, comme l'identification à l'équipe (avec la peur de laisser tomber ses collègues) et la pression sociale implicite (qui pousse à toujours aider). Enfin, il existe des causes organisationnelles (associées à la surcharge de travail et au manque de personnel).

Dans ce contexte, les recherches soulignent l'importance d'accompagner les soignants afin qu'ils prennent conscience de leurs propres limites et apprennent à dire non à travers des situations concrètes. Que ce soit dans un cadre institutionnel à travers des formations ou plus individuel (accompagnement clinique), les micro-jeux de rôles apparaissent comme un outil pertinent. La littérature rapporte en effet que les mises en situation de manière générale peuvent permettre d'accompagner des professionnels du soin dans l'exercice de leur métier. Une étude récente de Räuchle, Kühne et al. (2025) montre qu'en utilisant des jeux de rôle avec des patients standardisés, (c'est-à-dire des acteurs), des étudiants en psychologie rapportent des apprentissages profonds liés à la communication, à la structuration de la séance et à la posture thérapeutique, et que ces apprentissages ont des bénéfices dans le temps.

QUELQUES REPÈRES CLÉS

La mise en place d'un micro-jeu de rôle efficace repose sur plusieurs éléments structurants, qui garantissent à la fois la sécurité psychologique des participants et la pertinence de l'apprentissage.

- **Une définition claire du cadre.** Bien que les mises en situation soient fictives, elles n'en génèrent pas moins des émotions et

des réactions authentiques chez les participants. C'est même précisément cette implication affective qui constitue un levier d'apprentissage essentiel, notamment pour le développement de compétences professionnelles (par ex. la capacité à poser des limites ou à maintenir un cadre). Ce mécanisme émotionnel qui s'active dans un jeu de rôle oblige le meneur à définir un cadre sécurisant pour les participants. Chaque micro-jeu doit ainsi s'inscrire dans des limites temporelles, spatiales et relationnelles précises, afin de créer un environnement rassurant où les participants peuvent expérimenter des postures délicates : poser une limite ou refuser une demande. La consigne doit être explicite et les objectifs clairement formulés, ce qui permet aux participants de savoir ce qu'ils sont invités à tester et d'orienter leur attention sur les aspects essentiels de la situation.

- **Le débriefing.** Après chaque micro-jeu, un temps doit être consacré à la réflexion et à la verbalisation. Le vécu au cours du jeu de rôle ne se transforme en apprentissage durable que lorsqu'il est accompagné d'une « mise en mots » et d'une analyse structurée. Le débriefing permet au participant d'identifier ses réactions automatiques, de prendre conscience des émotions éprouvées, d'analyser les stratégies qu'il a utilisées et d'explorer des alternatives possibles.

Plusieurs études confirment ainsi le rôle central de cette étape dans l'apprentissage par simulation. Une revue systématique a montré que le débriefing post-simulation améliore significativement les compétences techniques et non techniques des participants, notamment : la communication, le travail en équipe et la gestion des tâches, tout en augmentant leur confiance et la perception de leurs compétences (Levett-Jones et Lapkin, 2012). L'importance de la qualité de la communication pendant le débriefing a également été documentée : un climat de confiance et l'usage de questions ouvertes favorisent l'expression libre des participants et la réflexion à partir de l'expérience, et contribuent ainsi à un apprentissage plus approfondi et durable (Fanning et Gaba, 2007). Ainsi, dans le cadre des micro-jeux de rôles appliqués aux professions du soin, le débriefing ne se limite pas à un simple feedback technique, mais constitue un espace d'élaboration et de réflexivité, qui leur permet de relier leurs émotions,

leurs réactions et leurs choix à leurs pratiques professionnelles et à leurs limites personnelles. Sans ce temps réflexif, l'expérience vécue reste superficielle et perd en efficacité, alors qu'un débriefing favorise une véritable transformation des attitudes, une meilleure régulation émotionnelle et un renforcement durable de l'identité professionnelle.

- **L'adaptabilité.** Les mises en situation doivent s'ajuster au participant et à ce qu'il peut tolérer, et être progressives. Il est conseillé de commencer par des exercices simples, qui portent sur des interactions peu chargées émotionnellement, pour introduire le principe du rôle et de l'expérimentation en toute sécurité. Les situations peuvent ensuite devenir peu à peu plus complexes et impliquer des enjeux relationnels ou émotionnels plus forts. Cette progression permet aux participants de renforcer leur confiance, d'intégrer les compétences acquises et de se préparer à affronter des situations professionnelles plus difficiles. Elle réduit également le risque de surcharge émotionnelle et facilite l'ancrage durable des apprentissages. L'adaptabilité concerne aussi le fait que les micro-jeux peuvent être répétés. Le fait de reprendre une mise en situation avec de légères variations de scénario ou de rôle offre aux participants la possibilité de tester différentes stratégies, de consolider leur maîtrise et de renforcer leur confiance. Le format à la fois bref et simple des micro-jeux de rôle est censé être plus aisément adaptable que d'autres formats plus complexes.

EN PRATIQUE

— Lorsque c'est possible, la première étape consiste à **coconstruire l'objectif du jeu de rôle avec le (ou les) participant(s)**. Quelle interaction est-il pertinent de mettre en scène ? Il peut s'agir d'annoncer à un patient venu demander son compte rendu qu'il devra patienter, de refuser une demande d'aide d'un collègue, ou encore de parvenir à terminer une consultation à l'heure même si l'interlocuteur continue de parler.

— Une fois l'objectif défini, **les rôles sont distribués**. Prenons le cas d'un soignant qui aurait des difficultés à terminer ses consultations à l'heure (ce qui génère des retards chroniques devenus une source importante de stress). Ce participant peut commencer par jouer son rôle avec pour consigne de mettre fin à la séance alors que son interlocuteur est encore en train de parler. Avant qu'il ne se lance, il peut

être utile de lui demander ce qu'il envisage de dire pour l'aider à se préparer et sécuriser l'entrée dans la scène. L'animateur veille ici à maintenir un cadre de sécurité émotionnelle, en précisant que l'exercice peut être interrompu à tout moment et ajusté selon les besoins.

– Avant de commencer la saynète, **on marque une distinction** avec le reste de la séance, par exemple en changeant de place, en se levant, ou simplement en adoptant une posture différente, puis le jeu commence. Il dure environ une minute.

– **Débuté alors le débriefing.** Dans ce temps de réflexion partagée, le participant exprime ce qu'il a ressenti, ce dont il est satisfait ou non, dire quelles pensées l'ont traversé au cours de l'exercice et juste après, ou encore s'il se sent en mesure de reproduire ce comportement en situation réelle.

Imaginons qu'il explique avoir eu l'impression d'être un « *mauvais professionnel* », persuadé que l'autre va le juger négativement. Il est alors possible de rejouer la scène en inversant les rôles, afin que ce professionnel fasse l'expérience du point de vue de la personne interrompue. Autre possibilité : si le participant relate un niveau d'angoisse très élevé, l'exercice peut être ajusté. On explore alors avec lui ce qui pourrait faire diminuer cette angoisse. Peut-être une posture particulière ? Une formulation plus douce ? Une fois déterminé un niveau d'activation émotionnelle supportable, on rejoue l'interaction. Enfin, si le participant n'est pas satisfait de ce qu'il a dit, on peut chercher avec lui une formulation plus adaptée, inverser les rôles pour lui en proposer une, ou rejouer la scène avec ses mots pour qu'il observe l'effet qu'ils produisent sur l'autre.

L'intérêt du micro-jeu de rôle se situe là : parce qu'il est bref, ajustable et rejouable, il peut s'adapter continuellement aux

réactions émotionnelles et aux questionnements des soignants. Il offre ainsi un espace sécurisé d'exploration et d'expérimentation où l'on peut tester différentes manières de dire non, de mettre fin à une interaction, ou de poser un cadre. Cette dimension expérientielle représente un appui essentiel pour travailler la capacité à poser des limites avant de pouvoir la généraliser en situation réelle.

CONCLUSION

Le micro-jeu de rôle, simple et adaptable, apparaît comme un outil résolument pratique. Il donne vie à des concepts abstraits. Espace expérientiel, il offre au participant la possibilité d'accéder à des émotions, des représentations ou des pensées automatiques difficilement mobilisables dans un cadre purement verbal. Dans un contexte institutionnel, le choix de la scène travaillée peut également mettre en lumière des enjeux d'équipe peu explicités. Plus largement, le micro-jeu de rôle constitue un moyen de développer sa capacité à poser des limites, à réguler son engagement émotionnel et à renforcer son identité professionnelle. En combinant activation émotionnelle authentique et temps de réflexivité, la mise en situation permet aux participants d'expérimenter leurs réactions face à des situations relationnelles qui leur apparaissent complexes, puis de les analyser et de les transformer.

Pour améliorer l'efficacité de ces exercices dans un contexte institutionnel, il semblerait pertinent d'identifier en amont le niveau auquel les limites doivent être posées. Une réflexion préalable, menée lors de réunions d'équipe ou d'espaces de discussion, facilite alors la vision collective des limites professionnelles pertinentes et légitimes. Une telle démarche pourrait permettre au micro-jeu de rôle de devenir non seulement un outil d'apprentissage individuel, mais aussi un support de

régulation collective et de coconstruction d'une culture professionnelle partagée. Toutefois, en l'absence d'un tel cadre, un travail individuel demeure pleinement pertinent pour explorer ses propres réactions, consolider une posture assertive et améliorer la gestion émotionnelle dans le milieu professionnel.

1 – Le coping désigne les stratégies et les mécanismes utilisés pour s'adapter, affronter et gérer les facteurs de stress, les défis et les difficultés de la vie quotidienne.

BIBLIOGRAPHIE

- Chatwal, M. S., Kamal, A. H., et Marron, J. M. (2023). *Fear of saying no (FOSNO) : Setting boundaries with our patients and ourselves*. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 43, e390598.
- Eder, L. L., et Meyer, B. (2022). *Self-endangering : A qualitative study on psychological mechanisms underlying nurses' burnout in long-term care*. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(1), 36-48.
- Fanning, R. M., et Gaba, D. M. (2007). *The role of debriefing in simulation-based learning*. *Simulation in healthcare*, 2(2), 115-125.
- Levett-Jones, T., et Lapkin, S. (2012). *The effectiveness of debriefing in simulation-based learning for health professionals : A systematic review*. *JB International Evidence Synthesis*, 10(51), 3295-3337.
- Räuchle, J., Kühne, F., Zacharias, A., Große, G., Weck, F., et Maaß, U. (2025). *Insights From Roleplays With Standardised Patients and Live Supervision for Psychotherapy and Counselling Training—A Qualitative Study*. *Counselling and Psychotherapy Research*, 25(2), e70018.
- Ridremont, D. (2022). *Stress, ajustement et burnout des soignants en pédiatrie (Doctoral dissertation, Université Paris Cité)*.

Résumé : L'article explore l'usage du micro-jeu de rôle comme outil pratique pour aider des participants à poser des limites dans leur engagement professionnel. Des mises en situation brèves, coconstruites et facilement rejouables permettent d'expérimenter en sécurité des postures relationnelles difficiles. Dans un contexte où la difficulté à poser des limites constitue un facteur bien identifié d'épuisement professionnel, notamment chez les soignants, ces exercices offrent un espace d'apprentissage émotionnel et réflexif précieux. Le micro-jeu de rôle peut favoriser une meilleure régulation émotionnelle, renforcer l'identité professionnelle et soutenir un engagement durable. Il peut également devenir, à l'échelle institutionnelle, un levier pour clarifier collectivement le cadre et les limites professionnelles.

Mots-clés : Affirmation de soi – Attitude du professionnel – Cadre thérapeutique – Communication – Emotion – Jeu de rôle – Limite – Milieu professionnel – Relation professionnelle – Soignant.

Développé par une équipe soignante, le Cercle des enfants égarés (CEE) est un jeu de rôle thérapeutique pour des jeunes à risque de transition psychotique. Très populaire dans ce public, cette médiation conjugue thérapie d'exposition aux angoisses et entraînement méta-cognitif.

« ... Dustin, cela fait déjà plusieurs heures que tu tournes en rond dans cette forêt en cherchant désespérément la sortie. Il fait maintenant nuit noire et le silence est assourdissant, ponctuellement entrecoupé du cri d'un rapace nocturne. Tu commences à ressentir une présence, comme une ombre qui se faufile discrètement entre les arbres pour te traquer. Tout à coup, un faisceau lumineux déchire l'obscurité suivi du bruit strident d'une tôle métallique broyée. Une lumière orangée s'élève, oscillante, crépitante, derrière un talus qui te cache la vue. Une forme humanoïde, rampante, gémissante semble émerger du sol et se redresse de toute sa hauteur. Ses membres supérieurs forment des angles impossibles. Elle avance vers toi en claudiquant. Que fais-tu ? »

Non, vous n'êtes pas engagé dans une partie de *Donjons et Dragons*, au sein du *Hellfire Club* (1), luttant pour la survie de votre personnage joueur (PJ) sur le point de subir une attaque de zombies... Vous êtes un jeune homme ou une jeune femme souffrant d'un état mental à risque de psychose (EMRP), d'un premier épisode psychotique (PEP) ou encore d'une psychose émergente (voir *infra*). Vous incarnez un membre du « Cercle des enfants égarés » (CEE) lui-même touché par cette souffrance. Et même si l'infirmière meneuse de jeu (MJ) cherche à vous induire en erreur en vous exposant à vos angoisses et à vos biais cognitifs, vous devez comprendre que votre PJ vient simplement d'assister à un accident de la route. Le conducteur, éjecté de son véhicule et visiblement gravement blessé, a besoin de votre aide. Et si vous fuyez à sa vue, vous ne lui porterez pas l'assistance nécessaire.

De quoi s'agit-il ? Le Cercle des enfants

égarés (CEE) est un jeu de rôle thérapeutique sur table, support d'un groupe thérapeutique animé par deux professionnels à destination de 3 à 6 adolescents ou jeunes adultes souffrant d'un EMRP, d'un PEP ou d'un trouble psychotique (schizophrénique, bipolaire, schizo-affectif).

Plongés dans un univers contemporain horrifique (mais non surnaturel), les patients-joueurs vont être graduellement exposés à leurs angoisses (notamment archaïques persistantes) tout en s'entraînant à identifier et à lutter contre leurs biais cognitifs et à améliorer leur *insight* cognitif.

En bref, le CEE conjugue thérapie d'exposition et programme d'entraînement métacognitif en se servant d'un JDR spécialement créé pour constituer un médiateur ludique, interactif et thérapeutique. Mais au fait...

QU'EST-CE QU'UN JEU DE RÔLE THÉRAPEUTIQUE ?

Un jeu de rôle se présente avant tout comme une conversation ludique au cours de laquelle un meneur de jeu (MJ) et plusieurs joueurs co-imaginent le récit d'une aventure à partir d'une situation de départ et dans une direction plus ou moins déterminée par un scénario pré-écrit (connu seulement du MJ).

Les participants incarnent des personnages joueurs (PJ) qui interagissent entre eux, avec l'environnement décrit par le MJ et avec des personnages non joueurs (PNJ) incarnés par le MJ.

Les PJ présentent un ensemble de caractéristiques synthétisées sur une feuille de personnage et rattachées à un système de règles prédéterminé.

— Le JDR « classique » peut être un excellent média thérapeutique ou pédagogique. En rendant l'interaction sociale ludique, il la facilite et constitue ainsi un véritable programme d'entraînement aux habilités sociales. Cet usage du JDR en santé mentale connaît donc un certain essor (Varette, 2022 ; Kilmer, 2023 ; Orth, 2023) et un guide destiné aux cliniciens MJ vient de paraître (Connel, 2023).

La principale limite de cette pratique est que la dimension thérapeutique reste conditionnée aux qualités intrinsèques des soignants.

— *A contrario*, un JDR thérapeutique est un outil qui prend la forme d'un JDR classique, mais dont le fond a été spécifiquement développé pour cibler les symptômes d'un trouble. Sa maîtrise (y compris débutante) de l'outil doit garantir un bénéfice thérapeutique indépendant des soignants.

Le Cercle des enfants égarés (CEE) est l'un des premiers JDR thérapeutiques et probablement le premier en langue française. Il se compose :

— d'un guide du meneur de jeu (MJ) (un soignant) qui présente ses différentes missions, le système de règles du jeu et détaille l'intrigue d'initiation. Celle-ci se joue en séance individuelle au cours de laquelle les patients-joueurs choisissent leur personnage-joueur (PJ) et découvrent le début de l'histoire.

— d'un guide de l'Agent de sécurité émotionnelle (ASE) qui présente les missions du second professionnel de santé mentale. Son rôle est d'évaluer en temps réel l'état émotionnel des patients-joueurs et de veiller à ce que l'histoire n'entre pas en résonance avec leurs antécédents psychotraumatiques. Le cas échéant, il peut permettre à un patient-joueur de s'extraire de la partie en proposant une consultation individuelle de soutien.

— de 9 livrets d'intrigue qui forment une campagne complète de JDR (c'est-à-dire l'histoire complète du jeu, découpée en une série d'aventures impliquant plus ou moins les mêmes personnages). Chaque intrigue se joue en 3 séances de 2 heures chacune, soit une durée de jeu cumulée de 55 heures environ en incluant l'initiation.

— de 8 feuilles de personnage pré-tirés (voir exemple p. 60). Chaque patient-joueur va choisir l'un d'eux comme PJ, lui attribuer un surnom et l'incarner jusqu'à la fin de la campagne.

Le CEE peut être utilisé en présentiel au sein d'un groupe (hôpital de jour) ou en

Jonathan PIONNIER

Pédopsychiatre, Centre d'accueil et de crise, EPSM Georges-Mazurelle, La Roche-sur-Yon.

Un jeu de rôle sur la psychose émergente



Feuille de personnage

NOM : Millie

PRENOM : Richer

SURNOM : _____

DDN : 17 / 09 / 2011

CLASSE : 2nd E

N° AGENT RECRUTEUR : 1971001



COMPETENCES



- PHYSIQUE



- PERCEPTION



- SOCIAL



- SELF-CONTROL



SYMPTOMES

- BLESSURE

- DELIRE

- REPLI

- DESORG.

NIVEAU DE DIFFICULTE :

- FACILE



- DIFFICILE



- IMPOSSIBLE



SAC A DOS :

INTENSITE DE SYMPTOME :

- LEGERE



- MODEREE



- SEVERE



COMMENTAIRES :

parisienne d'origine, vient de
déménager sur Prétensville ;
populaire ; diabétique de type 1 ;
cache un très lourd secret ++

distanciel via une solution sécurisée de visioconférence. Les patients-joueurs jouent alors à partir de leur domicile ce qui permet l'engagement dans les soins de jeunes souffrant d'un repli social sévère les empêchant de pousser la porte d'un centre médico-psychologique.

ÉTAT MENTAL À RISQUE OU PEP

Le concept d'État mental à risque de psychose permet de discriminer, au sein d'une population, les individus présentant un risque accru de transition psychotique et

(50 %) ou un trouble bipolaire (30 %) et nécessite donc la mise en place d'un traitement antipsychotique afin de limiter la durée de psychose non traitée (3) (par un médicament).

Dans le Cercle des enfants égarés, les PJ pré-tirés souffrent eux-mêmes d'un EMRP. Ils présentent différents symptômes psychotiques (délire, repli et désorganisation) qui limitent leurs compétences (de perception, sociale et de self-control). Au fur et à mesure des parties, le système de jeu tend à majorer leur symptomatologie jusqu'à

– l'angoisse de perte (précédant l'acquisition de la permanence de l'objet) qui produit l'angoisse de séparation.

– l'angoisse d'anéantissement qui devient angoisse de mort.

– les angoisses corporelles dont les angoisses de morcellement, de liquéfaction, de pénétration, de dévoration, de rétrécissement, d'agrandissement, de vieillissement...

La persistance tardive de ces angoisses dans la vie quotidienne constitue une anomalie du développement psycho-affectif et

“ **Sous couvert de leur personnage-joueur, et en lien avec leur rôle dans le jeu, les patients-joueurs peuvent poser les questions que soulève leur propre projet de soins.** »

par extension un risque de souffrir secondairement d'un trouble schizophrénique, bipolaire ou trouble schizo-affectif.

On distingue trois groupes d'individus à risque (Young, 2003) :

– groupe 1, « vulnérabilité » : sujets jeunes (14-30 ans) présentant un facteur de risque « trait » (trouble de la personnalité de type schizotypique ou parent du premier degré souffrant d'un trouble psychotique) associé à une détérioration significative du fonctionnement social et professionnel (scolaire) durant au moins un mois au cours de l'année écoulée.

– groupe 2, « psychose atténuée » : sujets jeunes présentant des symptômes psychotiques atténués en fréquence ou en intensité au cours de l'année écoulée, apparus depuis moins de 5 ans.

– groupe 3, « psychose intermittente » : sujets jeunes présentant des symptômes psychotiques limités, intermittents et brefs (*Brief limited intermittent psychotic symptoms*, BLIPS) durant moins d'une semaine, au cours de l'année écoulée, apparus depuis moins de 5 ans.

La détection précoce de ces individus est primordiale pour limiter le risque de transition (30-40 %) vers un premier épisode psychotique (PEP). Cet état est défini par le dépassement d'un seuil d'intensité, de fréquence et de durée de symptômes psychotiques, mesuré par la réalisation d'une *Comprehensive Assessment of At Risk Mental State* (2) (CAARMS; Young, 2005). Il correspond à un risque important de déclarer un trouble schizophrénique

ce qu'ils aient potentiellement à souffrir d'un PEP. Ils peuvent alors solliciter une consultation pédopsychiatrique avec le Dr Polson (personnage non joueur incarné par l'infirmière MJ) et se voir proposer un projet de soins (psychoéducation sur les troubles, psychothérapie, traitement antipsychotique voire hospitalisation en milieu spécialisé). Ainsi, sous couvert de leur PJ et de manière intradiégétique (4) (c'est-à-dire en lien avec leur rôle dans le jeu), les patients-joueurs peuvent poser les questions que soulève leur propre projet de soins.

THÉRAPIE D'EXPOSITION AUX ANGOISSES ARCHAÏQUES

L'exposition est une technique psychothérapeutique cognitivo-comportementale et émotionnelle principalement utilisée dans la prise en charge des phobies simples, des troubles obsessionnels compulsifs et des psychotraumatismes. Réelle ou imaginaire, l'exposition est répétée, progressive et contrôlée afin d'entraîner une habitude conduisant à une désensibilisation et à une réduction des conduites d'évitement. Les angoisses dites archaïques sont des angoisses communes, présentes chez tous les jeunes enfants et susceptibles d'avoir été sélectionnées (pour les capacités adaptatives qu'elles confèrent) au cours de l'évolution de notre espèce. Citons :

– la peur du noir qui deviendra celle des monstres puis angoisse d'intrusion (voleur, microbes, insectes) au fur et à mesure que l'enfant grandit.

psychomoteur, susceptible de constituer un marqueur de vulnérabilité de transition psychotique. Ces angoisses alimentent également les thématiques hallucinatoires et les délires des personnes souffrant d'un trouble psychotique (ex : une manifestation hallucinatoire fréquente est celle de se voir ou de voir les autres amputés d'une partie de leurs membres).

Notons qu'il est également possible de faire réémerger ces angoisses chez tout individu en l'exposant à une œuvre imaginaire du genre horrifique, qui exploite nos peurs sous formes de récits : des changements de taille d'Alice (au pays des merveilles) aux joyeuses dévotions des hordes zombie de *Walking Dead* (5), en passant par les abominations lovecraftiennes (6) et les « *home invasion* » (l'intrigue principale est structurée autour de l'intrusion dans le domicile des protagonistes par un ou plusieurs individus menaçants...)..., ce type de narration réveille l'enfant angoissé qui sommeille en chacun.

D'intrigue en intrigue, l'univers horrifique du CEE expose graduellement les patients-joueurs à leurs angoisses archaïques à travers le filtre de leur PJ. Ces supports de projection permettent en effet une prise de distance nécessaire à l'élaboration des angoisses (prise de conscience et désensibilisation). En temps que conseiller du MJ, l'Agent de sécurité émotionnel (ASE) permet d'individualiser l'exposition pour limiter le risque de sensibilisation.

QU'EST-CE QU'UN BIAIS COGNITIF ?

Les biais cognitifs sont des distorsions systématiques de processus cognitifs (mémoire, attention, raisonnement...), des raccourcis de pensée qui permettent d'approximer le réel tout en gardant une bonne fluidité de pensée.

Les personnes présentant un EMRP, un PEP ou souffrant d'un trouble psychotique constitué partagent une même surreprésentation dans leur raisonnement des biais cognitifs suivants :

- le biais de saillance aberrante : attribution excessive d'intérêt à un stimulus neutre ou familier (ex : être capté dans son attention par la présence d'un simple vase décoratif).
- le biais d'agression : perception excessive d'agressivité dans le discours ou le comportement d'autrui.
- le biais d'attribution hostile : prêt excessif d'intentions hostiles à autrui.
- le biais d'attention à la menace : perception excessive du comportement d'autrui comme menaçant.
- le biais de croyance inflexible : difficulté à réfléchir à ses croyances et à pouvoir les modifier en fonction de cette réflexion.
- le rejet des preuves confirmatoires : difficulté à augmenter son crédit à un jugement à la lumière d'une information fiable qui le soutient.
- le rejet des preuves infirmantes : difficulté à intégrer une information fiable mais mettre à jour sa croyance en un jugement.
- le catastrophisme : excès de prédiction négative d'un devenir.
- la pensée dichotomique : manque de nuance perceptive (blanc ou noir).
- le raisonnement émotionnel : prise en compte de son ressenti comme preuve de son jugement (ex : « *je me sens seul ce qui prouve que tu ne fais pas attention à moi* »).
- le biais d'attribution externe : tendance excessive à attribuer les échecs de sa vie aux autres ou à des événements extérieurs ; ou encore à blâmer les autres pour ses échecs.
- le biais d'attribution interne : tendance excessive à s'attribuer les mérites d'une réussite collective.
- le biais d'intentionnalité : attribution excessive de motivation (bienveillante ou malveillante) à autrui.
- le saut aux conclusions : tendance excessive à se forger une conviction à partir de peu d'informations et réfléchir à des hypothèses explicatives alternatives.
- le biais d'acceptation libérale :

surestimation de la plausibilité d'une interprétation absurde.

QU'EST-CE QUE L'INSIGHT COGNITIF ?

L'*insight* cognitif décrit la capacité d'une personne à identifier et à corriger ses fausses croyances et ses erreurs d'interprétation induites par ses biais cognitifs. Il est évalué à partir de l'échelle d'*insight* cognitif de Beck (2004) qui mesure :

- un score d'auto-certitude (degré de certitude générale d'une personne dans ses croyances et ses jugements) ;
- un score d'auto-réflexivité (capacités d'introspection et de reconnaissance de la faillibilité de ses jugements).

La qualité de l'*insight* cognitif est estimée par le score d'auto-réflexivité auquel on soustrait le score d'auto-certitude.

Lorsqu'une personne présente une altération du jugement induite par un déséquilibre entre la fréquence de ses biais cognitifs et la qualité de son *insight* cognitif, elle souffre de troubles métacognitifs ; ce qui est fréquemment mis en évidence chez des jeunes présentant un EMRP, un PEP ou souffrant d'un trouble psychotique constitué.

QU'EST-CE QU'UN ENTRAÎNEMENT MÉTACOGNITIF ?

Un entraînement métacognitif est une forme de thérapie, généralement groupale, visant à :

- augmenter son *insight* cognitif.
- améliorer la reconnaissance de ses biais cognitifs et la prise de conscience de leurs impacts potentiellement délétères.
- instiller une « graine du doute » dans un mode de pensée marqué par un excès de confiance dans ses jugements, un défaut de correction de ses erreurs de jugement et des prises de décision hâtives.

• **Le MetaCognitive Training (MCT)**, initialement développé par Moritz et Woodward (2007), est le programme d'entraînement métacognitif de référence. Il s'articule autour de 8 modules (chacun en 2 versions) permettant de travailler spécifiquement les biais d'attribution (module 1), le saut aux conclusions (modules 2 et 7), le rejet des preuves infirmantes (module 3), l'empathie et la théorie de l'esprit (modules 4 et 6), l'excès de confiance dans les faux souvenirs (module 5) et enfin l'humeur dépressive et l'estime de soi (module 8). Il est disponible gratuitement en ligne (www.uke.de/mct) en 31 langues.

• **Autre programme, le Michael's Game** (voir aussi *Santé mentale*, n° 189, juin 2014), développé par Khazaal et ses

équipes (2011), prend la forme d'un jeu de 80 cartes, visant à entraîner spécifiquement au raisonnement hypothético-déductif pour permettre aux participants de réduire leur tendance à sauter aux conclusions. Chaque carte décrit une situation vécue par le personnage fictif Michael et demande à discriminer les faits des interprétations de celui-ci et à formuler des hypothèses alternatives à ses interprétations. Les premières situations sont neutres puis deviennent progressivement émotionnellement effectives tandis que Michael formule de plus en plus d'interprétations délirantes.

Ces deux programmes présentent des limites d'usage chez les adolescents (Orsel, 2013 ; Khazaal, 2015), ce qui a conduit au développement du Cercle des enfants égarés. Ce nouveau jeu intègre de nombreux pièges dans la trame narrative des intrigues (voir l'exemple qui introduit cet article). Ces leurrés favorisent chez les patients-joueurs le recours à des sauts aux conclusions (juger la situation trop rapidement), à des rejets de preuves infirmantes mais aussi à des biais de saillance aberrante, d'agressivité ou encore d'attribution hostile. Le recours à ces biais va avoir tendance à éloigner les patients-joueurs de la résolution de l'intrigue, créant une incitation ludique à lutter contre leurs troubles métacognitifs. Par ailleurs, à force d'être trompés par ces faux-semblants, les patients-joueurs développent leur auto-réflexivité et réduisent leur auto-certitude. L'univers horrifique graduel permet de répéter l'expérience en augmentant le degré de stress et donc le risque de prises de décisions hâtives.

De plus, chaque intrigue se termine par une séance de feedback hors jeu, au cours de laquelle l'ASE revient sur les événements marquants de l'histoire, les choix opérés par les patients-joueurs et l'impact des biais cognitifs sur ces décisions. Ce retour intègre également un temps de psychoéducation sur les symptômes psychotiques, les troubles métacognitifs (biais et *insight*) et les facteurs favorisant la transition psychotique (consommation de cannabis, facteurs de stress).

CONCLUSION

Depuis 2020, le jeu du Cercle des enfants égarés est élaboré et testé par une équipe soignante très investie, passionnée de jeux et adossée à des observations cliniques. Dans un contexte où les jeux de rôle mais aussi le genre horrifique ont séduit un large

public, il nous paraît propre à faciliter l'engagement dans les soins. À partir de septembre 2026, il va bénéficier d'une première étude de faisabilité grâce à un partenariat entre l'EPSM Georges-Mazurelle (La Roche-sur-Yon), la cellule de recherche clinique du centre hospitalier départemental (CHD) de Vendée et le réseau Transition (6). Elle va inclure 16 patients (8 adolescents et 8 jeunes adultes) attachés à l'un de centres de proximité recruteurs et 6 soignants (infirmier, éducateur et pédopsychiatre). Elle vise à préciser l'accessibilité en distanciel de l'outil mais également l'adhésion des patients-joueurs et les risques iatrogènes. Si elle confirme nos intuitions, cette recherche sera suivie d'une étude d'impact thérapeutique à plus large échelle. Les équipes soignantes (attachées ou non au réseau Transition) intéressées par ce dispositif se verront alors proposer une formation brève à l'usage de cet outil en présentiel et en distanciel ; ainsi que l'opportunité de faire entrer de nouveaux patients-joueurs dans le Cercle.

À terme, pour être accessible au plus grand nombre, l'outil sera également proposé comme solution de e-santé mentale, portée par une équipe de soignants Meneurs de jeu/Agents de sécurité émotionnelle spécialisés, et mobilisable par n'importe quel professionnel de santé mentale.

1 – Référence à la série *Strangers Things*.

2 – La *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS)* est un outil d'évaluation de l'ultra haut risque de psychose. Il s'agit d'un entretien semi-structuré se composant de 27 items répartis en sept dimensions cliniques : symptômes positifs ; symptômes négatifs ; altérations cognitives ; perturbations des émotions ; changements comportementaux ; manifestations motrices ; psychopathologie générale.

3 – La durée de psychose non traitée (ou DUP pour « duration of untreated psychosis » dans la littérature internationale) est la période comprise entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques et la mise en place du premier traitement. Elle peut être de quelques semaines à plusieurs années, et certains travaux ont montré une corrélation entre pronostic défavorable et durée longue. Un pronostic défavorable signifie une rémission plus lente, moins complète, des rechutes plus fréquentes, une résistance au traitement neuroleptique, et un moins bon fonctionnement psychosocial (d'après Schizophrenia débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques, Conférence de consensus organisée par Fédération Française de Psychiatrie, janvier 2003)

4 – Dans la fiction, ce terme qualifie toute chose située à l'intérieur d'une narration, qui en fait partie, qui a une incidence sur le cours de l'histoire. Exemple : Le narrateur est un personnage de l'histoire, il est intradiégétique. Une musique de film est dite intradiégétique si les personnages l'écourent eux-mêmes pendant une scène. Par opposition, si elle ne sert que de soutien à une scène, elle est dite extradiégétique.

5 – *Walking Dead* est une série américaine (2020-2022) qui raconte l'histoire d'un petit groupe de survivants qui tente de survivre dans un monde post-apocalyptique en proie à une invasion de zombies. . .

6 – Howard Phillips Lovecraft, plus connu sous le nom de H.P. Lovecraft, a créé un univers mythique, basé sur le « mythe de Cthulhu », est caractérisé par des divinités étranges, des mondes parallèles et des dimensions inconnues. Les œuvres de Lovecraft plongent les lecteurs dans un univers sombre et mystérieux, où la raison et la rationalité sont toujours remises en cause face à des forces surnaturelles et inimaginables.

7 – Ce réseau, initié en France en 2006 et actuellement intégré à l'Institut de psychiatrie sous l'impulsion du Pr Marie-Odile Krebs, relie d'ores et déjà 17 centres régionaux et 46 centres de proximité d'intervention précoce auprès d'adolescent et jeunes adultes présentant un EMRP, un PEP ou une psychose émergente. Il vise à améliorer l'accès de la population concernée à des évaluations et des prises en charge spécialisées, à promouvoir l'information du grand public et des professionnels sur les psychoses émergentes et les états mentaux à risque, à soutenir la mise en oeuvre de projets de recherche et à favoriser son déploiement sur l'ensemble du territoire.

BIBLIOGRAPHIE

- Beck AT, Baruch A, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale, *Schizophr Res.* 2004; 68(2-3) : 319-329.
- Connell MA (2023), *Tabletop Role-Playing Therapy, A guide for the clinician game master*, NY : Norton Professional Book.
- Kilmer ED, Davis AD, Kilmer JN, Johns AR (2023a) *Therapeutically applied Role-Playing Games, The Game to grow method*, NY : Routledge.
- Khazaal Y, Favrod J, Azoulay S, Finot SC, Bernabotto M, Raffard S et al. « Michael's Game », a card game for the treatment of psychotic symptoms, *Patient Educ Couns.* 2011 ; 83(2) : 210-216.
- Khazaal Y, Chatton A, Dieben K, Huguelet P, Boucherie M, Monney G et al. Reducing delusional conviction through a cognitive-based group training game: a multicentre randomized controlled trial, *Front Psychiatry.* 2015 ; 6 : 66.
- Moritz S, Woodward TS. Metacognitive Training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study of feasibility, treatment adherence and subjective efficacy, *German Journal of Psychiatry.* 2007 ; 10 : 69-78
- Orsel S, Urben S, Lambelet F et al. Entraînement métaconitif en groupe chez des adolescents souffrant de psychose : Etude de cas multiples, XVIII. 2013.
- Orth S. An uncontrolled case study of a Tabletop Role-Playing Therapy Group with difficult-to-engage patients, *International Journal of Group Psychotherapy.* 2023 ; 73(2) : 116-140.
- Varrette M, Berkenstock J, Greenwood-Erickson A, Ortega A, Michaels F, Pietronbon V et al. Exploring the efficacy of cognitive behavioral therapy and role-playing games as an intervention for adults with social anxiety, *Social Works with Groups.* 2022 ; 46(2) : 140-156.
- Yung AR, Phillips LJ & Yuen HP. Psychosis prediction : 12-month follow up of a high-risk (« prodromal ») group, *Schizophr Res.* 2003 ; 60 : 21-32.
- Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Mapping the onset of psychosis : the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States, *Aust N Z J Psychiatry.* 2005 ; 39 : 964-971.

Résumé : Le jeu de rôle thérapeutique intitulé le Cercle des enfants égarés a été élaboré à l'EPSM Georges-Mazurelle à partir de 2020. Sous la forme d'une forme de jeu narratif et interactif, il a été spécialement conçu pour les adolescents et jeunes adultes souffrant de schizophrénie à début précoce afin de les aider à identifier et à réduire les erreurs de raisonnement susceptibles d'aggraver leurs difficultés. Il s'articule autour d'un (à deux) soignant meneur de jeu et de 4 (à 6) soignés joueurs. Cet article présente les bases théoriques (jeu de rôle vs JDR thérapeutique, état mental à risque ou premier épisode psychotique, biais cognitifs...) et revient sur les mécanismes à l'œuvre dans ce type de dispositif.

Mots-clés : Adolescent – Angoisse – Biais cognitif – Insight – Jeu de rôle – Jeune adulte – Médiation thérapeutique – Métacognition – Premier épisode psychotique – Psychose – Ultra haut risque.

Le jeu de rôle pour **cultiver** **l'autocompassion**

Pour soutenir le rétablissement de personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques, la thérapie fondée sur la compassion permet de venir à bout de la honte, de l'autostigmatisation et des pensées critiques. Illustration avec un outil clé de cette pratique, le jeu de chaises, qui propose à l'usager d'incarner ses différents selfs.

Le rétablissement en santé mentale est un processus non linéaire qui permet à la personne de retrouver de l'espoir et de mobiliser son pouvoir d'agir. Conscient de la nécessité de transformer les structures de soin autour de cet enjeu, le CH Vauclaire a créé en 2018 le Club action avenir (C2A). Ce centre psychothérapique innovant d'entraide au rétablissement, holistique et préventif, est résolument ancré sur le projet de vie de la personne. Il accompagne des patients particulièrement vulnérables, atteints de pathologies psychiatriques chroniques, avec des parcours de vie chaotique et traumatique. Ces usagers souffrent souvent de dysrégulation émotionnelle et d'anxiété massive, ce qui les conduit à s'enfermer dans des stratégies d'évitement. Le principal obstacle à leur rétablissement est un vécu

intense d'autostigmatisation qui alimente leurs sentiments de honte et de culpabilité. Ce « piège » les conduit ainsi à s'identifier à la maladie, ce qui rend difficile le retour de l'espoir et la relance du projet de vie.

LA THÉRAPIE FONDÉE SUR LA COMPASSION

Dans ce contexte, le C2A propose depuis quelques années un accompagnement basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) (Hayes, 2022) et la méditation de pleine conscience. Ces techniques reposent sur plusieurs dimensions :
– l'acceptation, qui suggère de s'ouvrir aux émotions, pensées et événements intérieurs avec curiosité et non jugement ;
– la défusion avec les pensées, c'est-à-dire prendre de la distance et les observer pour ce qu'elles sont, un phénomène mental et des apprentissages, mais non la vérité ;
– la gestion de l'anxiété.

Si ces approches produisent des effets bénéfiques certains sur le bien-être global des usagers, ainsi que sur leurs capacités de régulation émotionnelle, des résistances persistent face à l'autostigmatisation et au sentiment de honte, freins majeurs au rétablissement.

C'est pourquoi, depuis 2022, la thérapie fondée sur la compassion (TFC) a été intégrée dans l'arsenal thérapeutique du C2A. À l'interface de la psychologie évolutionniste, des thérapies cognitives et des neurosciences, la thérapie fondée sur la compassion (TFC) s'appuie sur différentes théories, dont celle de l'attachement, et s'intègre à la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales (TCC) comme une approche intégrative processuelle transdiagnostique et biopsychosociale. Selon le psychologue britannique Paul Gilbert, fondateur de la TFC, la compassion se définit comme la sensibilité à la souffrance (la sienne ou celle d'autrui), et plus précisément la capacité à reconnaître cette souffrance, s'y engager sans l'éviter, associée à la motivation pour la prévenir ou la soulager. Gilbert souligne que la compassion est une motivation humaine fondamentale et innée qui a émergé au cours de l'évolution.

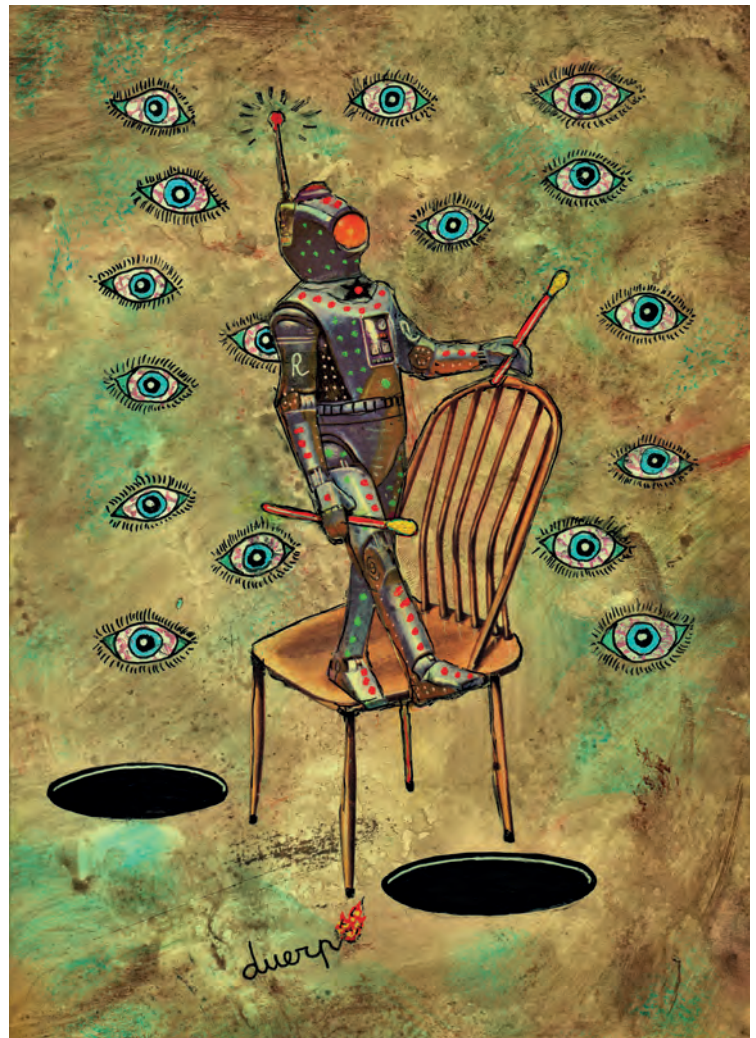
La TFC est particulièrement indiquée pour des personnes souffrant de problèmes psychologiques complexes, et souvent chroniques, dominés par la honte et l'autocritique, associés à des antécédents de maltraitance ou de carences psychoaffectives.

Marine BONDEL, Antony ROBIN

Psychologues en santé globale, psychothérapeutes en thérapie fondée sur la compassion, C2A, CH Vauclaire.



© Franck Chartton.



Si la plupart des usagers du C2A sont stabilisés et dans une évolution plutôt favorable, ils continuent à porter un regard interne négatif sur eux-mêmes, leur parcours et leurs relations avec les autres. Cette autostigmatisation les empêche de progresser dans leur rétablissement et altère leur qualité de vie de manière significative. La TFC leur propose alors de développer une ressource interne souvent sous-utilisée, l'autocompassion, pour venir à bout de la honte, de l'autostigmatisation et de ces pensées critiques qui alimentent sans cesse une dévalorisation profonde et dépressogène. L'autocompassion est donc cultivée à partir de qualités comme la chaleur, la gentillesse, la sagesse, le courage, la patience et le non-jugement.

LES SELFS DANS LA TFC

Dans ce contexte, la TFC utilise des pratiques de méditation de pleine conscience, de visualisation et de jeux de rôles (ou de chaises). Ces techniques vont permettre progressivement à la personne de repérer que son esprit fonctionne à travers l'activation de différentes parties de soi, appelées selfs en TFC. Un self est souvent relié à une émotion spécifique donnant sa coloration aux pensées présentes lorsqu'il est actif. L'activation automatique de la plupart des selfs explique le caractère mouvant de notre vie psychique, pouvant aboutir parfois à un sentiment de plénitude et d'équilibre, mais aussi de détresse émotionnelle intense. Il arrive qu'un seul self prenne tout l'espace mental, le sujet étant alors en fusion avec lui. À d'autres moments, la personne peut être connectée à plusieurs selfs à la fois. La démarche thérapeutique consiste donc à aider la personne à identifier ses selfs actifs dans l'instant présent et à défusionner. Puis elle est encouragée à se connecter à son self compassionné (motivation), puis à s'engager dans un dialogue interne sous l'égide de ce self compassionné.

En TFC, les principaux selfs identifiés sont :

- **le self en colère** : c'est la partie dans laquelle les émotions et les pensées de colère s'expriment, parfois avec une forte violence et un manque de tempérance ;
- **le self anxieux** recouvre l'anxiété de la personne, il est le siège de toutes les peurs, qui s'expriment au niveau des émotions mais aussi des pensées ;
- **le self triste** se trouve à l'origine des sentiments et des pensées de tristesse, d'affliction, pouvant atteindre parfois une dimension mélancolique ;

– **le self critique** représente le juge intérieur, cette voix autocritique qui pointe à la personne tous ses défauts, ses manques, ses échecs, avec une tonalité sévère et implacable. Ce self est à l'origine d'une part importante de la souffrance ressentie par la personne. Il joue un rôle considérable dans l'état de dysrégulation émotionnelle.

– **le self honteux** se traduit par un profond sentiment de honte enraciné dans l'esprit de la personne. D'une présence souvent plus diffuse que les selfs anxieux, triste ou en colère, il est comme une ombre portée et contribue à saper l'estime de soi et toutes les initiatives de la personne. Il installe le sentiment que tout est voué à l'échec, de la propre faute de la personne. D'une toxicité redoutable, il met en péril l'équilibre émotionnel.

– **le self vulnérable**, qui regroupe l'ensemble de ces selfs, explique la souffrance émotionnelle ressentie par la personne lorsqu'ils sont tous ou pour certains actifs. Le self vulnérable représente ainsi la partie de l'esprit du sujet qui souffre ici et maintenant. Pour le « cerner », on observe les sensations physiques, les émotions douloureuses, les pensées pénibles et au-delà, les comportements parfois inadaptés en lien avec ces émotions et ces pensées.

– **le self compassionné** est capable d'identifier nos besoins, comme ceux des autres, et de nous aider à y répondre. Source de bienveillance et de bonté, cette instance reste capable d'amour, de chaleur, d'attention, de force et de sagesse. Centré sur la personne, il est une véritable instance d'auto-soin, provenant de notre tendance innée à prendre soin de nous et des autres.

Contrairement aux selfs anxieux, triste, honteux, en colère et critique, le self compassionné ne s'active pas de manière automatique. Il nécessite de la part de la personne une véritable motivation. C'est cette motivation consciente de prendre soin de soi, ou des autres, qui assure la connexion de l'esprit avec le self compassionné, et l'activation de ce dernier. En TFC, nous allons en priorité aider la personne à mobiliser son self compassionné pour prendre soin d'elle en pleine conscience, l'aider à développer cette motivation ici et maintenant : on parle d'autocompassion dans l'instant présent. Le self compassionné se mobilise alors pour répondre aux besoins du self vulnérable et lui venir en aide, tout comme il répond et neutralise les attaques des

selfs critiques et honteux, permettant le rééquilibrage émotionnel tant recherché.

LE TRAVAIL DE CHAISES

Parmi l'ensemble des pratiques intégratives utilisées en TFC, l'outil fondamental pour transformer le dialogue interne entre les différents selfs et renforcer la motivation à incarner le self compassionné est le travail de chaises (ou jeux de rôles).

Au C2A, la TFC est proposée aux usagers en séances de groupe, d'environ deux heures, complétées en parallèle par des séances individuelles avec le thérapeute référent.

– Nous commençons chaque séance de groupe par un partage d'expériences autour du vécu de la compassion. Dans un climat chaleureux et sécurisé, certains abordent comment ils ont été touchés, positivement ou négativement, par des marques d'affection, des comportements ou des intentions de leurs proches. D'autres témoignent comment des pratiques méditatives les ont soutenus dans un moment difficile. Ces témoignages renforcent la capacité d'agir de l'ensemble des participants, les progrès des uns stimulant les tentatives à venir des autres.

– Après ces retours d'expériences, la séance se poursuit par une méditation, en lien avec le thème du jour, guidée par un des deux thérapeutes. Chacun exprime un retour : sensations physiques, tonalité émotionnelle (agréable, neutre, désagréable), émotions, pensées, puis surprises et découvertes s'il y en a eu. Cette pratique méditative a pour but de permettre à l'ensemble des participants de se connecter à leur self compassionné, de retrouver cette partie de soi sur laquelle ils vont s'appuyer, ici et maintenant.

– On poursuit avec un jeu de chaises, véritable jeu de rôles en TFC. Cet outil essentiel permet de passer de la compréhension intellectuelle et cognitive à l'intégration émotionnelle, puis comportementale. Il favorise l'adoption progressive de nouveaux comportements et perspectives inspirés par le self compassionné. Le dispositif des chaises évolue au fur et à mesure de la thérapie.

Le premier jeu de chaises propose à un usager/acteur de s'asseoir sur une chaise et de visualiser, sur une chaise opposée, un ami, imaginaire ou réel, qui traverse une épreuve difficile. Les autres usagers et les 2 thérapeutes se placent en arc de cercle autour de ces 2 chaises où l'action se joue. Cette pratique initiale, mise en

œuvre sur deux chaises, sert à établir un ancrage émotionnel puissant. Le rôle du thérapeute est alors de guider l'usager lorsqu'il s'adresse à cet ami avec le ton le plus juste, en incarnant activement les attributs de la compassion : motivation à aider, sensibilité, sympathie, tolérance à la détresse, empathie, non-jugement. Tous ces items ont été définis auparavant

soutenu par le thérapeute, et par l'écoute bienveillante et chaleureuse du groupe, l'usager/acteur laisse parler son self vulnérable, qui souvent contient plusieurs selfs (anxieux, triste, en colère). Parfois l'usager/acteur repère l'intervention du self critique : le thérapeute apporte alors une nouvelle chaise : celle du self critique, pour bien le dissocier du self

de protéger le self vulnérable. Puis le self compassionné s'adresse au self vulnérable et à ses différentes composantes, comme nous allons le voir dans l'exemple clinique. À ce stade, nous pouvons déjà observer comment le jeu de chaises concrétise la distinction entre le self vulnérable et le self compassionné, visant à renforcer ce dernier pour neutraliser l'autocritique

“ [Les auteurs] insistent sur la nécessité d'apporter le maximum de chaleur et de soutien aux personnes qui, lors des jeux de chaises, entrent en contact avec des souffrances parfois intenses. Cette dimension illustre à quel point cette thérapie demande aux personnes de mobiliser tout leur courage... »

en psychoéducation. Il s'agit pour le participant/acteur d'incarner une attitude compassionnée (voix, paroles, attitudes) à l'égard de cet ami en souffrance. Pendant toute la séquence de jeu, les thérapeutes soutiennent et guident, si nécessaire, l'usager pour l'aider à se connecter à son self compassionné et à se laisser guider par lui. Cet apprentissage vicariant (c'est-à-dire par l'expérience vécue) constitue un levier thérapeutique clé : en mobilisant la compassion pour l'autre, l'usager active son propre système d'apaisement et renforce sa capacité à générer cette bienveillance envers lui-même.

DIALOGUE ENTRE LES SELFS VULNÉRABLE ET COMPASSIONNÉ

Maintenant que l'usager sait qu'il possède les ressources pour venir en aide à un ami en détresse en mobilisant son self compassionné, nous pouvons l'aider à franchir une nouvelle étape : s'aider soi-même. Le dispositif requiert alors une chaise pour le self vulnérable et une pour le self compassionné.

— **L'usager/acteur s'installe sur la chaise du self vulnérable**, en face de lui se trouve la chaise du self compassionné. Les autres usagers sont en arc de cercle autour de lui, avec les thérapeutes. Un des deux thérapeutes guide le jeu de chaises. Il donne la parole au self vulnérable. L'usager/acteur se connecte alors à la partie en souffrance en lui. En s'appuyant tant sur les sensations physiques que sur les émotions pénibles présentes, il verbalise ce que ressent actuellement son self vulnérable. Il porte donc toute son attention sur cette partie qui souffre en lui. Guidé et

vulnérable.

— Après 3 grandes respirations, **l'usager/acteur quitte la chaise du self vulnérable pour s'asseoir sur celle du self critique**. Il peut alors entendre des paroles dures, jugeantes, implacables à l'égard du self vulnérable. On comprend pourquoi l'activation du self critique renforce la détresse émotionnelle et plonge parfois l'usager/acteur dans un désarroi profond. Le self vulnérable, déjà fragilisé, subit les assauts du self critique.

— Après 3 respirations profondes, **l'usager/acteur quitte la chaise du self critique pour se réinstaller sur celle du self vulnérable**, et exprimer ce qu'il ressent dans son corps et comme émotions quand il entend les paroles du self critique à son égard. Le thérapeute veille à soutenir suffisamment l'usager/acteur dans cette confrontation.

— Il propose ensuite à l'usager/acteur de prendre 3 grandes respirations et de **venir maintenant s'asseoir sur la chaise du self compassionné**. Pour s'y connecter, le thérapeute propose une visualisation choisie par la personne parmi celles pratiquées, visant à mobiliser les qualités essentielles : calme, force, sagesse, engagement et non-jugement. L'usager est guidé pour adopter la posture physique (ton, débit) et l'empreinte émotionnelle (chaleur, équanimité) de ce self. Ce n'est qu'après avoir confirmé un ancrage corporel et émotionnel profond que le dialogue avec les autres selfs peut être ouvert en toute sécurité.

— **Le dialogue entre le self compassionné et le self critique peut alors avoir lieu**. C'est l'occasion pour le self compassionné de neutraliser la toxicité du self critique et

distillée par le self critique, et permettre ainsi une véritable régulation émotionnelle.

— **La séquence thérapeutique se termine par un moment de partage entre l'usager/acteur**, les thérapeutes et le groupe pour faire le bilan du jeu de chaises.

Paul Gilbert et Francis Gheysen (2022) insistent fortement sur la nécessité d'apporter le maximum de chaleur et de soutien aux personnes qui, lors des jeux de chaises, entrent en contact avec des souffrances parfois intenses. Cette dimension illustre aussi à quel point cette thérapie demande aux personnes de mobiliser tout leur courage pour accueillir leur souffrance (parfois ancienne), l'accepter et la guérir par le baume de l'autocompassion.

THOMAS ET SES « DÉMONS INTÉRIEURS »

Thomas, 46 ans, s'appuie sur le C2A depuis déjà quelques années pour retrouver une joie de vivre et consolider sa sortie des addictions. Les rechutes dépressives sont de moins en moins intenses mais toujours présentes, de même que les ruminations anxieuses. La participation à la TFC a ainsi permis à Thomas de franchir une nouvelle étape dans son rétablissement en affrontant pour la première fois « ses démons intérieurs ».

À ce stade du chemin thérapeutique, c'est le moment pour lui de dialoguer avec les selfs multiples. Ce travail s'effectue en séances de groupe et individuelles. Dans cette illustration, Thomas évoque un événement qui l'a fait souffrir, la disparition récente de son père, qu'il se sent capable d'aborder en groupe.

Thomas va mobiliser trois chaises, pour les voix de ses selfs en colère, anxieux et triste (voir graphique page suivante). Avant de quitter chaque chaise, le thérapeute rappelle à Thomas de prendre 3 grandes respirations lentes et profondes.

— **Self en colère** : « Je ressens la colère dans ma tête. J'en veux à mon père de ne pas avoir demandé de l'aide à la fin de sa vie quand il est tombé malade.

rapport au reste de ma famille, de ne pas être capable de vivre les challenges de la vie courante. J'ai même peur d'avoir peur, j'ai peur sans savoir pourquoi. Si cette frayeur prenait toute la place, je crois que je me terrerais dans un trou comme une bête apeurée. Cette partie de moi a besoin d'un doudou : elle a besoin d'être assurée que tout n'est pas danger. »

agréable. Cela me pousse à me couper du monde. Quand cette tristesse est trop forte, les idées noires me submergent. Avant l'alcool était la seule bouée dans ces moments. Cette partie de moi a besoin d'être consolée ».

Au cours d'un autre dialogue, Thomas tient des propos très durs vis-à-vis de lui. Le thérapeute l'aide alors à identifier l'apparition du self critique et lui propose

“ Cette possibilité pour Thomas de communiquer avec les différentes parties de son monde interne lui permet à chaque fois de retrouver une capacité d'action libératrice et profondément apaisante. L'autocompassion devient pour lui une ressource quotidienne... »

Je lui en veux aussi beaucoup de nous avoir fait du mal quand j'étais enfant, il nous a pourri la vie. Il a été méchant gratuitement, c'était sa paranoïa, c'était fondé sur rien. Cette colère en moi pourrait me donner envie de hurler, mais aussi de me faire du mal. Aujourd'hui, j'ai besoin de me libérer de cette colère. »

— **Self anxieux** : « Ma poitrine est serrée. J'ai peur de devenir comme lui, de me laisser aller, d'être complètement isolé. J'ai peur de ne pas être à la hauteur par

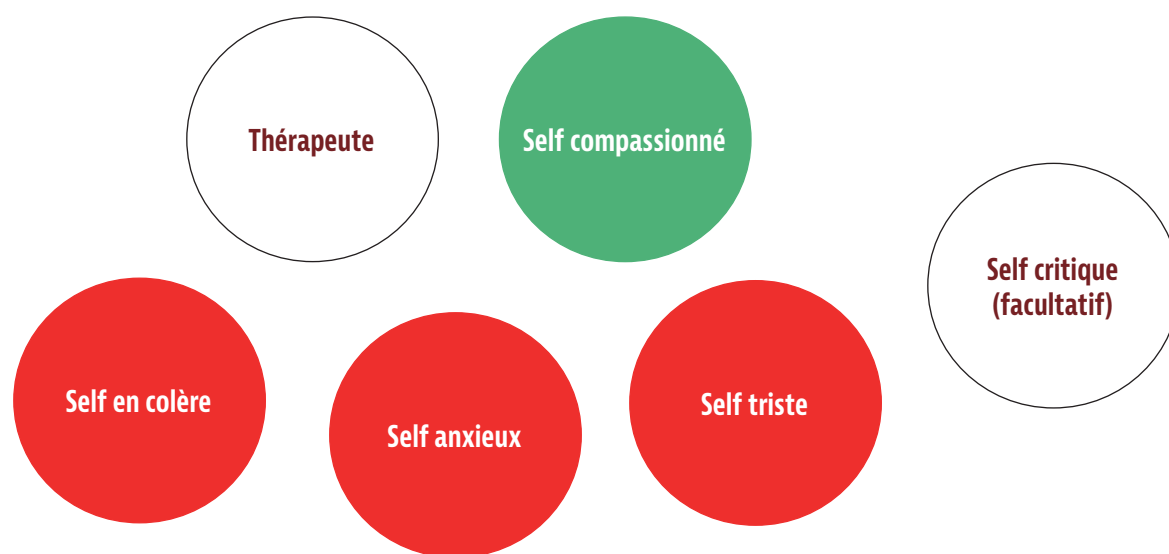
— **Self triste** (le corps de Thomas s'affaisse sur la chaise) : « Je me sens profondément vide. Je suis triste de savoir que mon père avait des opportunités pour être en joie, il a tellement souffert. Je suis aussi triste pour moi et ma sœur d'avoir vécu tout ça, d'avoir manqué d'amour, de joie, de ce que la vie peut amener de joyeux. Je suis triste d'avoir hérité de beaucoup de ses traits, parce que je me prive aussi de cette joie, de toutes les choses qui font que la vie est

de retourner une chaise restante sur le côté, de s'y asseoir et de laisser le self critique s'exprimer :

— **Self Critique** (le ton devient dur) : « Tu n'es pas capable de faire face aux obligations de la vie. C'est la honte ! Tu n'es pas à la hauteur. C'est ta faute si ton père t'a si mal traité. Tu n'arriveras jamais à rien. Va te cacher ! »

Cette première partie de la pratique permet à Thomas de défusionner partiellement des selfs en colère, anxieux, triste

Le travail de chaises de Thomas



et critique. Le thérapeute lui propose de prendre à nouveau 3 respirations lentes et profondes pour laisser partir le self critique, puis il l'invite à s'installer sur la chaise du self compassionné. Thomas choisit une visualisation, qu'il aime pratiquer, pour se poser dans son self compassionné avec l'aide du thérapeute. Puis celui-ci guide et encourage Thomas dans le dialogue avec ses selfs.

– **Self compassionné** (Thomas se redresse, ses épaules sont plus ouvertes, le dos plus droit) : « *Je ressens de la compassion dans mes épaules et dans mon cœur. Je pense que je m'en sors bien. Bien sûr mon esprit critique me dit souvent "peut mieux faire". Il me dit qu'au prochain virage, je fous tout en l'air et que je retourne dans ma grotte. Avant je l'écoutais et je souffrais énormément. Aujourd'hui je sens que je dois écouter une autre partie en moi. Je ne suis plus sur le mauvais chemin. Même si parfois je fais des écarts, j'arrive à retrouver la bonne route. Être sur la bonne voie, c'est être là ce matin, avoir une routine quotidienne, prendre des instants pour respirer, être en connexion avec la nature, aller marcher avec mon amie Agnès, être avec ma compagne, entrevoir qu'il y a de l'espoir. Sentir aussi que mon corps vit, que mon corps est en action. Ne pas être prostré, avoir la possibilité d'être dans la joie. Entrevoir la possibilité aussi d'avoir une vie sociale. Aujourd'hui, je vois plus de monde. Les choses commencent à changer. J'éprouve aussi de la gratitude d'avoir pu passer quelques heures avec mon père avant qu'il décède sans qu'il y ait de mauvaises énergies. J'arrive à y repenser sans que ce soit dévastateur. Je sens bien sûr que la colère est là, mais*

elle a tendance à s'apaiser je crois, elle n'a plus vraiment lieu d'être. Je me sens aussi un peu plus armé pour faire face à mes peurs envahissantes. Je sais parfois remettre mon self anxieux à sa place, il a moins de force qu'avant. Quant à la tristesse, elle est souvent là en moi. C'est elle aujourd'hui qui me pose le plus de problèmes, qui assombrit ma vie. Mais je commence enfin à prendre soin de moi plutôt qu'à en rajouter, au point même parfois de me dire que j'ai le droit aussi de vivre dans la joie, et de commencer à la ressentir doucement en moi. » (Thomas pose une main sur son cœur).

Le jeu de chaises s'achève. Thomas se lève, un sourire doux illumine son visage quand les autres usagers l'applaudissent. L'émotion est palpable dans le groupe. Il remercie chaleureusement celui-ci pour son soutien constant.

Cette possibilité pour Thomas de communiquer avec les différentes parties de son monde interne lui permet à chaque fois de retrouver une capacité d'action libératrice et profondément apaisante. L'autocompassion devient pour lui une ressource quotidienne et un rayon de lumière source d'espoir.

CONCLUSION

Incarner ses différents selfs à partir de ses ressentis corporels, de ses émotions, puis dans ses paroles... et parfois aussi oser se lever pour les incarner sur la scène du groupe et de la vie : tel est le défi de la thérapie fondée sur la compassion. Elle s'affirme comme une approche essentielle pour opérationnaliser le processus de rétablissement. En s'appuyant sur les fondements neuro-émotionnels et l'expérience d'une humanité partagée, elle offre une réponse

libératrice face à l'autocritique sévère et à la honte, principaux freins à l'engagement dans une vie relationnelle satisfaisante.

L'utilisation stratégique du jeu de chaises est un levier expérientiel puissant. En donnant corps et voix à une nouvelle manière d'être, ces dialogues remplacent la rigidité du jugement par la flexibilité courageuse et chaleureuse de l'autocompassion.

En agissant la compassion en groupe, les participants renforcent leur propre système d'apaisement tout en activant une sécurité sociale et une confiance mutuelle qui brisent l'isolement.

Le rétablissement n'est pas un idéal passif, mais un processus actif où il s'agit d'agir la compassion. En transformant le dialogue interne, la TFC permet aux individus de se libérer de l'identité figée de la maladie et de mobiliser leur pouvoir d'agir, ouvrant ainsi la voie à un véritable épanouissement personnel durable.

BIBLIOGRAPHIE

- Christopher Germer, *L'autocompassion : une méthode pour se libérer des pensées et des émotions qui nous font du mal*, Odile Jacob, 2013.
- Paul Gilbert 2005 et 2009
- Paul Gilbert, Choden, *Pleine conscience et compassion*, Elsevier Masson, 2015.
- Francis Gheyzen, Marine Pauczik, Pascal Delamillieure, *La thérapie fondée sur la compassion*, Elsevier Masson, 2022.
- Steven C. Hayes, *Un esprit libéré* (Editions Robert Lafont, 2022)
- Kristin Neff, Christopher Germer, *Mon cahier d'autocompassion en pleine conscience*, DBS, 2020.

Résumé : La thérapie fondée sur la compassion (TFC) s'affirme comme une approche essentielle pour opérationnaliser le processus de rétablissement. Elle s'appuie sur différentes théories, dont celle de l'attachement. La compassion se définit comme la sensibilité à la souffrance (la sienne ou celle d'autrui), et plus précisément la capacité à reconnaître cette souffrance, s'y engager sans l'éviter, associée à la motivation pour la prévenir ou la soulager. Dans ce soin, le jeu de chaises est un levier expérientiel puissant. Dans ce jeu de rôle, les différents selfs de la personne (moi critique, anxieux, en colère, mais aussi compassionné) sont invités à dialoguer. Depuis différentes chaises, l'usager/acteur exprime ses différents ressentis qui cohabitent en lui, afin, *in fine*, de remplacer la rigidité du jugement par la flexibilité courageuse et chaleureuse de l'autocompassion.

Mots-clés : Autodépréciation – Empathie – Honte – Jeu de rôle – Pleine conscience – Rétablissement – Retour d'expérience – Soi – Thérapie comportementale et cognitive.

Chaque mois, le réseau documentaire en santé mentale, Ascodocpsy, propose des éléments de bibliographie en lien avec le thème du dossier : **Le jeu de rôle, un outil de soin ?**



© Franck Chartron.

Ouvrages

- **Andre D, Quadrat A.** *Le Jeu de rôle sur table, un laboratoire de l'imaginaire.* Lettres modernes; 2019.
- **Anzieu A, Anzieu Premmeur C, Daymas S.** *Le jeu en psychothérapie de l'enfant.* Dunod; 2021.
- **Bricout L, Chaperon AF.** *L'affirmation de soi pour les enfants et les adolescents.* Dunod; 2015.
- **Cariou-Rognant AM, Chaperon AF, Duchesne N.** *L'affirmation de soi par le jeu de rôle en thérapie comportementale et cognitive.* Dunod; 2024.
- **Chouvier B, Papaioannou L Collab.** *Le jeu théâtralisé:Une médiation thérapeutique en groupe d'enfants.* Dunod; 2017.
- **Connell MA.** *Tabletop Role-Playing Therapy. A Guide for the Clinician Game Master.* 2023; W.w Norton & company.
- **Courau S.** *Jeux et jeux de rôle en formation:toutes les clés pour réaliser des formations efficaces.* ESF; 2018.
- **Delaroché P Dir.** *Jouer pour de vrai:Du psychodrame individuel à la psychanalyse.* Erès; 2011.
- **Dupuis M, Gueibe R, Hesbeen W.** *Simulation et formations aux métiers de la santé:Perspectives éthiques, pédagogiques et enjeux pour la pratique.* Seli Arslan; 2018.

- **Gal C.** *Chapitre 6. Psychodrame.* In:Van Comperol H, Denève C, Cléty H. *Démarches groupales:Théories et pratiques.* Dunod; 2025. p. 155-171.
- **Gal C.** *Le psychodrame:Une expérience aussi forte que la vie.* Odile Jacob; 2016.
- **Oudart AC, Leclercq G.** *Le jeu de rôle comme dispositif de co-développement professionnel.* In:Jorro A, De Ketele J, Merhan F. *Les apprentissages professionnels accompagnés.* De Boeck Supérieur; 2017. p. 131-146.
- **Stuart S, Robertson M.** *Les jeux de rôles.* In:Psychothérapie interpersonnelle. Guide du clinicien. Erès; 2021. p. 243-253.

Articles

- **Alcon B, Tordo F.** *Jeu de rôle en ligne:un espace de narrativité inscrit dans la mise en scène de soi et de la famille.* Evol psychiatr 2023; 88(3): 443-57.
- **Bielokopytoff T.** *La simulation en santé, apprendre en jouant et en se regardant jouer.* Soins cadres 2024; (156):15-8.
- **Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J.** *Psychoéducation:définition, historique, intérêt et limites.* Ann méd psychol 2015; 173(1): 79-84.
- **Boulay C, Roman P.** *La capacité à jouer en groupe « Jeu de Rôle ».* Adolesc 2025; 43(1): 89-100.

■ **Boulay C, Roman P.** *La triple temporalité du transfert dans la médiation thérapeutique par le jeu de rôle.* Neuropsychiatr enfance adolesc 2024; 72(6): 282-9.

■ **Boulay C, Roman P.** *Le jeu de rôle: une médiation thérapeutique. Propositions conceptuelles sur les caractéristiques malléables du « JdR » en psychothérapie d'adolescents.* Bull psychol 2023; (581):197-208.

■ **Boulay C.** *Jeu de rôle et fiction interactive: l'interactivité au service de la subjectivation.* Analysis 2023; 7(1): 100333.

■ **Bourdariat P.** *L'adolescence à OK Corral, ou la représentation mise en échec.* Rev psychodrame Freud 2015; (155):64-78.

■ **Diana E, Hamaoka D, Goldenberg M, et al.** *Psychotropic medication informed consent: a cross-specialty role-playing skill builder.* MedEdPORTAL 2021; (17):11152.

■ **Fagot A, Salle-Collemlie X, Poinso F, et al.** *Place du jeu de rôle dans l'entraînement aux habiletés sociales dans les troubles autistiques.* Inf psychiatr 2014; 90(7): 531-8.

■ **Gineyt C.** *Les coulisses de la didactisation des savoirs en sciences infirmières: simulation par jeu de rôle filmé pour un apprentissage par situations-problèmes.* Rech soins infirm 2015; (123):89-107.

■ **Giordano C.** *Développer les aptitudes relationnelles des étudiants.* Rev infirm 2019; (255):40-1.

■ **Givron H, Desseilles M.** *L'utilisation de jeux de rôle filmés pour l'apprentissage de la communication médecin-patient: une expérience pilote sur 262 étudiants.* Acta psychiatr Belg 2019; 118(3): 8-15.

■ **Hanot M.** *Le jeu de rôle et le sculpting: deux dispositifs pour la supervision individuelle et/ou collective.* Thér fam 2011; 32(4): 467-77.

■ **Lepage C, Lebas M, Zahno R, et al.** *La croisière s'amuse: dans quelle mesure le jeu de rôle grandeur nature peut-il contribuer à guider le patient à bon port ?* Rev hôp jour psychiatr thér inst 2017; (19):71-5.

■ **Mandarano P.** *Target profiles for suicidality prevention with role-playing interventions in adolescence: a call-to-action protocol.* Eur Child Adolesc Psychiatry 2025; 34(4):1461-5.

■ **Olivet J, Haselden M, Piscitelli S, et al.** *Results from a pilot study of a computer-based role-playing game for young people with psychosis.* Early Interv Psychiatry 2019; 13(4): 767-72.

■ **Otani VHO, Novaes RACB, Pedron J, et al.** *Framework proposal for Role-Playing Games as mental health intervention: the Critical Skills methodology.* Front Psychiatry 2024; (15):1297332.

■ **Patin B.** *Le jeu de rôles: pratique de formation pour un public d'adultes.* Cah int psychol soc 2005; (3):67-8.

■ **Piot MA, Koenig M, Michelet D, et al.** *Medical students' learning processes the first time they role-play in psychiatry: a grounded theory study.* Encéphale 2022; 48(3) 254-64.

■ **Pouchon A, Bertrand A, Polosan M, et al.** *Simulation-based teaching of psychiatric interviewing to residents: A comparison of peer-to-peer and teacher role-play on confidence in clinical skills.* Encéphale 2025; 51(1):22-5.

■ **Rosenblad SR, Welford T, Brennan RS 3rd, et al.** *Mastering your dragons: using tabletop role-playing games in therapy.* Behav Sci 2025; 15(4): 441.

■ **Rossé-Brillaud E, Chotard-Fresnais A, et al.** *Jeux de rôles en ligne et espace transitionnel.* Lett enfance adolesc 2009; (77):37-46.

■ **Shea SC, Barney C.** *Teaching clinical interviewing skills using role-playing: conveying empathy to performing a suicide assessment: a primer for individual role-playing and scripted group role-playing.* Psychiatr Clin North Am 2015; 38(1):147-83.

Thèse ou mémoire

■ **Cange-Coppin A.** *Approche théorique et exploratoire des jeux de rôle sur table en psychothérapie.* Aix-Marseille: Thèse de médecine, psychiatrie; 2020.

■ **Cinçon C.** *Le jeu de rôle: un levier pour travailler l'empathie ?* Châteauroux: Master 1 métiers de l'éducation, de l'enseignement et de la formation; 2024.

■ **Piolot C.** *Les apports du théâtre forum et du jeu de rôle dans la formation des étudiants soignants pour l'apprentissage de la relation soignant soigné.* Limoges: Master 2: Métiers de l'enseignement et de l'éducation; 2020.

■ **Simmonds J.** *Intérêt du groupe de médiation thérapeutique par le jeu de rôle dans les pathologies entravant le processus adolescent.* Amiens: Thèse de médecine, psychiatrie; 2017.

■ **Talvat C.** *Jeux de rôle en soins premiers: une revue systématique de littérature.* Lille: Thèse de médecine générale; 2021.

Autres documents

■ **Berger E, Favrod J, Frobert L, et al.** *Apprendre à initier une rencontre avec les patient·e·s dans un jeu de rôles: quelles compétences interactionnelles ?* Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE 2025; (77).

■ **Bonnet L.** *Le jeu de rôle en thérapie.* Canal Psy 2017; (120):26-8.

■ **Boulay C, Roman P.** *Jeu de Rôle et psychothérapie: le « je » au cœur du récit interactif.* Rapport de la recherche Adolescence et médiations thérapeutiques par le Jeu de Rôle. AMJDR; 2024.

À voir

■ **Pionner J.** *Le cercle des enfants égarés.* EPSM de Vendée. Conférence du 25 mai 2022. 1'04'37. <https://www.youtube.com/watch?v=ezR-YzD2gM4>

■ **Poukine A, Motteau H, Grimm Landsberg T, et al.** *Sauve qui peut.* Wrong men; 2024. 98'.

• RECHERCHE COORDONNÉE PAR: Carine Herbez (CH Montfavet) et Katia Escoffier (CH Charles Perrens) avec la participation Elsa Derivry (MGEN La Verrière), Séverine Kliza (EPSM du Loiret), Florence Eon (CH Guillaume Rénier), Morgane Le Visage (CH Saint-Cyr-au-Mont d'Or).

• Contact Ascodocpsy: Nathalie Berriau, coordinatrice du groupement d'intérêt public (GIP) Ascodocpsy, CH Saint-Jean-de-Dieu, 290 route de Vienne, 69373 Lyon cedex 08. Tél.: 04 37 90 13 07; fax: 04 37 90 13 37; mobile: 06 82 44 18 24. Courriel: Nathalie.Berriau@arhm.fr; internet: www.ascodocpsy.org



PROGRAMME ACCEPT VOICES®

Gestion des hallucinations auditives en groupe

Intervention groupale de 6 séances, validée scientifiquement, basée sur la psychoéducation et les TCC de 3^e vague, destinée aux professionnels accompagnant les personnes touchées par la psychose qui entendent des voix difficiles pour les aider à mieux les comprendre et les gérer.

Objectifs

- Utiliser les techniques TCC pour la gestion des voix
- Favoriser la compréhension et l'acceptation des voix chez les patients
- Développer avec les patients de nouvelles attitudes et de nouveaux coping
- Animer le programme Accept Voices® dans sa pratique

21 heures de formation 3 jours (présentiel & classe virtuelle)

Paris : 23–24–25 mars 2026 • **Lyon :** 3 juin (visio) + 9–10 juin 2026 • **Toulouse :** 9 septembre (visio) + 15–16 septembre 2026

Public : Médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers, pair-aidants, éducateurs spécialisés.

Intervenant : Thomas Langlois, Psychologue, Dr en Psychopathologie.

Tarifs : Individuel : 800 € - Étudiant : 400 € - Formation continue : 1000 €

Inscriptions & Contact : formatom@hotmail.fr • www.thomaslanglois.com (rubrique « Professionnels »)

Thomas LANGLOIS, organisme de formation 73 31 06309 31

Organisme certifié QUALIOPI (action de formation) – Siret 538595893 Code NAF 8559A

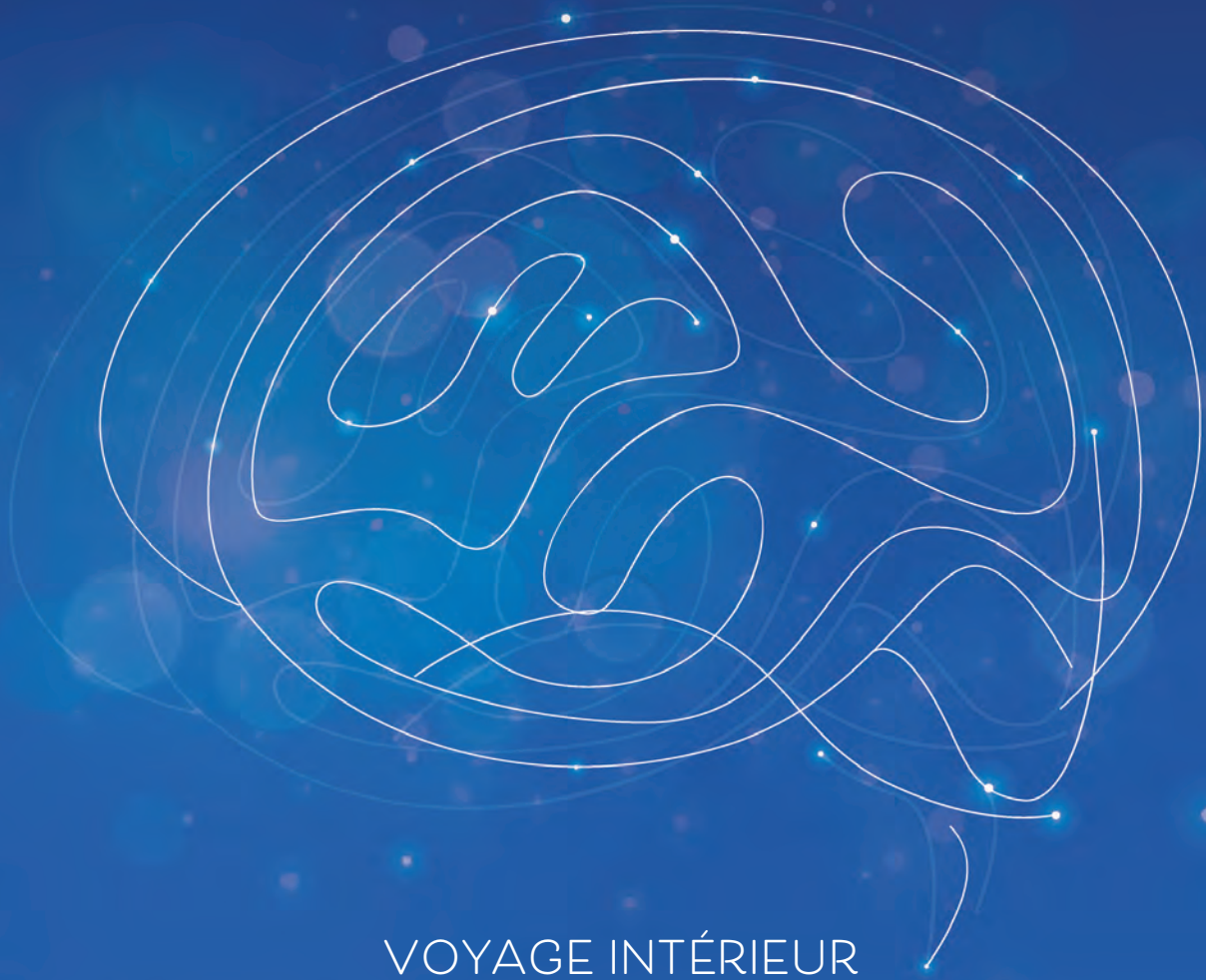
SAVE THE DATE

12^{ES} RENCONTRES SOIGNANTES EN PSYCHIATRIE

13 octobre 2026 - PARIS

Sous le haut patronage de
Monsieur Emmanuel MACRON
Président de la République

Et avec le parrainage
du ministre de la Santé et de l'Accès aux soins



VOYAGE INTÉRIEUR

L'ENCÉPHALE

21 AU 23 JANVIER 2026

**Rejoignez-nous et participez au rendez-vous
incontournable des professionnels de la psychiatrie !**

INSCRIVEZ-VOUS SUR LE SITE DU CONGRÈS

www.encephale.com



PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS



#Encéphale2026

DÉCOUVREZ
LE PLAN D'ÉPARGNE
RETRAITE
PROPOSÉ PAR LE

c.g.o.s



« JE PROFITE DES AVANTAGES DU
C.G.O.S POUR **MON QUOTIDIEN**,
POUR **MA RETRAITE** AUSSI. »

Loïc, 28 ans, aide-soignant.

Avec le Plan d'Épargne Retraite de la Complémentaire Retraite des Hospitaliers créée par le C.G.O.S, vous vous constituez un capital pendant votre vie active : une sécurité à long terme dont vous profitez au moment de la retraite. Simple, non ?

100% dédié aux hospitaliers, profitez des avantages du PER dont sa fiscalité et bénéficiez d'exclusivités telles que zéro frais sur vos versements.

crh.cgos.info



**COMPLÉMENTAIRE
RETRAITE** DES HOSPITALIERS
L'ÉPARGNE RETRAITE DU C.G.O.S