HAL
open science

Approche théorique et exploratoire des jeux de rôle sur table en psychothérapie

Alexis Cange-Coppin

To cite this version:

Alexis Cange-Coppin. Approche théorique et exploratoire des jeux de rôle sur table en psychothérapie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02978157

HAL Id: dumas-02978157

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02978157

Submitted on 26 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Approche théorique et exploratoire des jeux de rôle sur table en psychothérapie

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 2 Octobre 2020

Par Monsieur Alexis CANGE

Né le 28 septembre 1992 à Amiens (80)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	**Président**
Monsieur le Professeur POINSO François	**Assesseur**
Madame le Professeur des Universités AGHABABIAN Valérie	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	**Co-directeur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Caroline MOUTTET
* Intérieur : Joëlle FAVREGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 01/09/2019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges Surnombre
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert Surnombre
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAJ 01.09.2019

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (dispo oct 2018)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARC'H Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

MAJ 01.09.2019

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCIN Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
EBBO Mikael (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

MAJ 01.09.2019

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à ma famille, à mes amis et à mon conjoint qui m'ont soutenu depuis le début, depuis bien avant cette thèse.

Je remercie également les médecins psychiatres qui m'ont formé tout au long de ces dernières années, et qui m'ont transmis bien plus que des connaissances.
Par ordre chronologique, les médecins et l'équipe paramédicale du secteur 14 dirigée par le Dr Sophie Sirere, et principalement de l'ETAP 14 dirigé par le Dr Aude Daniel; du secteur 1 dirigé par le Pr Naudin, et notamment de l'unité Centaure dirigée par le Dr Marc Adida; de l'UHSA dirigée par le Dr Pascale Giravalli, et notamment de l'unité 2 codirigée par les Dr Florence Llinares et Pierre Girerd; de l'équipe pédopsychiatrique du Pr David Da Fonseca; et du pôle addictologies et pathologies associée de l'Hôpital Edouard Toulouse dirigée par le Dr Françoise Albertini, et particulièrement de l'UHA dirigée par le Dr Rougerie-Baïla.
Je n'oublie pas tous les autres médecins et professionnels qui ont eu d'autres occasions pour me transmettre de précieux savoirs, et des valeurs fondamentales.

Pour ce travail de thèse, je remercie particulièrement le Pr Jean Naudin, le Dr Michel Cermolacce, le Dr Aurélie Tinland, et le Pr Guy Gimenez.
Je remercie le Dr Pascale Giravalli qui, la première, m'a fait confiance pour initier la partie exploratoire de ce projet qui, à l'époque, était encore largement à définir.
Je remercie enfin les membres de l'association Terminus Jeux pour leurs relectures attentives, et Jérémy Guilbon, infirmier à la clinique de Saumery, pour son précieux retour d'expérience

Je n'aurais pu imaginer travail plus épanouissant que celui de médecin psychiatre. Merci à chacun d'entre vous, et à encore beaucoup d'autres personnes.

CANGE-COPPIN Alexis, le 1er Septembre 2020

Sommaire

Sommaire 1

Introduction 4

I - Le jeu de rôle sur table comme activité ludique 5

I - 1 Qu'est-ce que le jeu de rôle 6

I - 2 Historique simplifié du jeu de rôle 9

I - 3 Les différents types de jeu de rôle 11

I - 3a Le modèle classique 11

I - 3b La narration partagée 12

I - 4 Le personnage et le rôle 14

I - 5 La partie 17

I - 5a Parties en campagne et parties "one-shot" 17

I - 5b - L'immersion et le roleplay 18

I - 5c - Jouer en performance 19

I - 5d - La résolution des actions 20

I - 6 Derrière la partie 22

I - 6a Le scénario 22

I - 6b L'intérêt du Maître du Jeu 23

II - Le jeu de rôle en tant que psychothérapie, bases théoriques 24

II - 1 Introduction sur les psychothérapies - Les facteurs communs aux psychothérapies 25

II - 2 Une activité à la frontière d'autres psychothérapies 37

II - 2a La narrative therapy 38

II - 2b Le psychodrame (et autres dramathérapies) 52

II - 2c Jeux vidéo 56

II - 2d Thérapie d'exposition par réalité virtuelle 59

II - 3 Fondements théoriques du jeu de rôle psychothérapeutique 62

II - 3a La formation du récit 62

II - 3b L'étude du jeu de rôle par le prisme psychologique 67

II - 3c La vision psychanalytique du jeu 83

II - 3d Les théories du jeu de rôle psychothérapeutique chez Corsini 84

II - 4 Utilisations du jeu de rôle psychothérapeutique 89

II - 4a Le jeu de rôle psychothérapeutique de Corsini 89

II - 4b Karen G. Boies, jeu de rôle et comportement 91

II - 4c David A. Kipper, l'apogée du jeu de rôle 94

II - 4d Le jeu de rôle sur table comme aide à la psychothérapie 96

II - 4e Le jeu de rôle, activité en clinique 99

II - 5 Vision des professionnels de santé sur le jeu de rôle 101

III - Pratique exploratoire des jeux de rôle sur table en psychothérapie 103

III - 1 Méthodologie générale 104

III - 2 Présentation des sept patients 107

III - 2a Delphine 107

III - 2b Florian 109

III - 2c Luc 111

III - 2d Romain 112

III - 2e Nicolas 114

III - 2f Delphine, deuxième cycle 115

III - 2g Isabelle 116

III - 2h Steven 117

III - 3 Le bilan de notre activité exploratoire 118

Conclusion 120

Bibliographie 122

Bibliographie principale 122

Bibliographie complémentaire 127

Annexes : 129

Annexe 1 - Questions à un infirmier utilisant le jeu de rôle sur table en clinique psychothérapeutique 129

Annexe 2 - Présentation des personnages du premier cycle de jeu de rôle 137

Annexe 3 - Présentation des personnages du deuxième cycle de jeu de rôle 140

Annexe 4 - Présentation des personnages du troisième cycle de jeu de rôle 142

Introduction

Je n'avais aucune idée de comment commencer cette thèse. Alors j'ai décidé de parler un peu de ce dont nous ne parlerions plus à aucune page ensuite, parlons un peu de moi1. Si l'on peut comprendre un travail sans en connaître l'auteur, certains événements biographiques aident à en appréhender toute la teneur.

Si l'on prend comme exemple un auteur que je maîtrise, on sait souvent d'Eugène Minkowski qu'il a soutenu trois thèses de médecine, mais on en connaît moins les raisons. Si Eugène Minkowski ne s'était pas soulevé contre la dispensation des cours en langue russe en Pologne, s'il n'avait pas fui le régime nazi lors de la première guerre mondiale, et s'il ne s'était pas engagé volontairement côté français lors de ce conflit, il n'aurait pas côtoyé d'abord Bergson puis Bleuler, et peut-être aurait-il renoncé à ses premières amours dont la philosophie faisait partie.

Les raisons de mon choix sont plus simples. Je pratique des jeux de rôle depuis l'adolescence, bien que ce ne soit devenu une activité régulière que depuis 2014. Empiriquement, j'ai pu observer, d'abord sur les autres et bien après sur moi-même, le bénéfice cathartique de cette activité, mais également la façon dont le personnage que l'on y joue ou jouait transparaît par la suite dans les interactions de la personne (et non seulement l'inverse, j'y reviendrai). Il était intéressant qu'une activité pratiquée une journée par mois ait des retentissements sur ses participants à moyen voire long terme, sans que tel n'en soit le dessein.

Ainsi est survenue la question qui a préfiguré ce travail : le jeu de rôle ne pouvait-il pas, bien orienté et utilisé, être une psychothérapie ? Pouvait-il devenir un outil et faire pour les patients ce que j'avais constaté hors d'un cadre de soin ?

Le sujet, bien que de prime abord des plus insolites, méritait d'être poussé plus loin. Et ce fût presque une surprise de découvrir qu'une littérature scientifique existait sur ce sujet, bien que beaucoup moins abondante qu'elle ne le mériterait probablement.

[1] A cet égard, je me permets d'employer le "je" dans l'introduction, avant d'adopter pour la suite du texte et jusqu'à la fin de ce travail forme plus conventionnel de "nous".

Et c'est ainsi que le sujet se concrétisa progressivement, soutenue par une base théorique sur laquelle il pouvait reposer, et animé par des perspectives inconnues et des extrapolations sur le potentiel psychothérapeutique du jeu de rôle.

Dans le cadre de ce travail, chaque lecture, en plus d'y apporter une base théorique de plus en plus solide, en enrichissait les perspectives à venir. Mais se contenter de la littérature sur les jeux de rôle (psychothérapeutiques ou non) n'aurait pas été suffisant. Comme je vais le détailler au fur et à mesure de ce travail, il y a eu des lectures sur certains des thèmes et intrications abordés par le jeu de rôle (image de soi, le récit, l'identité), mais également sur de nombreuses techniques psychothérapeutiques dont le jeu de rôle peut se rapprocher par certains aspects, avec lesquelles il partage une ou plusieurs caractéristiques (jeux vidéo, réalité virtuelle, narrative therapy, psychotrauma). Enfin, une réflexion globale sur les psychothérapies s'est de fait imposée compte tenu des disparités et des points communs de toutes ces techniques étudiées.

Concernant la partie pratique, que j'ai choisi de nommer exploratoire (du fait de son caractère novateur, mais également de fait très parcellaire), nous avons progressivement construit avec les différentes équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueilli pendant l'internat des projets de jeux de rôle psychothérapeutiques pour les patients hospitalisés. Il est regrettable que je ne sois pas passé dans des terrains de stages extra-hospitaliers afin d'explorer et d'ouvrir également cette perspective, j'aurai l'occasion d'y revenir.

Cette thèse suivra donc ce plan presque chronologique : tout d'abord une présentation du jeu de rôle ludique, ensuite les bases théoriques de son utilisation comme psychothérapie (ainsi que ses utilisations rapportées dans la littérature), et enfin la présentation des sessions créées pour les patients et leur déroulé avec ces derniers.

I - Le jeu de rôle sur table comme activité ludique

Une petite précision tout d'abord. "Jeu de rôle" est un terme sous lequel de multiples sens sont rassemblés, cette multiplicité des sens étant à l'origine d'une confusion importante. Nous parlerons ici de jeux de rôles sur table (*Tabletop Role-playing game*).

Nous nous contenterons ici de ne citer que quelques-uns des autres sens de l'expression :

- Les autres jeux de rôle ludiques : par exemple le jeu de rôle grandeur nature, les *murder parties*;
- Le jeu de rôle en jeu vidéo : jeu qui peut être sur internet ou non;
- Le jeu de rôle pédagogique : utilisé comme technique d'apprentissage, de mémorisation, d'entraînement, de mise en situation ou d'évaluation;
- Le jeu de rôle psychologique : ce terme est parfois utilisé pour désigner le psychodrame (mais également pour l'englober avec d'autres techniques dites de dramathérapie telles que le sociodrame, cf. II - 2b), ou en thérapie-cognitivo-comportementale;
- Le jeu de rôle dit "enfantin" : jeux au cours desquels l'enfant "fait semblant" d'être quelqu'un d'autre, et qui se rapproche par essence du jeu de rôle ludique;
- Les "livres dont vous êtes le héros" : récits qui s'adressent au lecteur qui fait ses propres choix au fur et à mesure de la lecture, le renvoyant à différentes pages en fonction des options choisies;
- Le jeu d'acteur;
- Le jeu de rôle sexuel.

Ainsi, à partir d'ici et sauf précision contraire, le terme de "Jeu de rôle" désignera le "Jeu de rôle sur table", également appelé "Jeu de rôle papier" (*Pen-and-paper Role-playing game*) en référence au fait que les joueurs[2] disposent souvent de feuilles de papier où sont décrits leurs personnages.

Enfin, il est à noter que de nombreuses activités qui s'y apparentent par certains aspects sont parfois englobés sous le terme de jeu de rôle, telles que le théâtre d'improvisation. Elles ne seront pas abordées plus avant ici.

I - 1 Qu'est-ce que le jeu de rôle

La définition même du jeu de rôle est loin d'être univoque. Au fur et à mesure que la notoriété de ce loisir a augmenté, et continue d'augmenter, le nombre d'auteurs qui en parlent a fait de même, accroissant cette difficulté. Il ne semble pas y avoir parmi ces

[2] Nous utiliserons dans cette thèse le terme de "joueurs", à l'encontre de la féminisation actuelle qui traverse grandement les écrits et échanges sur le jeux de rôle sur table. En effet, de plus en plus, le terme de "joueuses" est utilisé en remplacement, afin de lutter contre le sexisme dans le milieu du jeu de rôle.

Cependant, nous ne considérons pas que le fait que le masculin l'emporte en français soit sexiste en soi, le français n'ayant pas de genre neutre. L'utilisation de l'écriture inclusive surchargerait le travail actuel, mais le lecteur pourra comprendre par "joueurs" "joueu.r.se.s".

auteurs un ayant plus de légitimité qu'un autre - en dehors peut-être de Gary Gygax qui a fondé le genre en créant le premier "jeu de rôle" en 1974[C.1].

La définition la plus simple et la plus consensuelle du "Jeu de rôle" est donc sans doute basée sur le sens même des mots : il s'agit d'un *jeu* (d'une activité) dont l'essence est d'interpréter un *rôle*. Il est d'ailleurs notable que l'orthographe première de "jeu de rôle" a parfois dérivée en "jeu de rôles", le *S* mettant les *rôles* au niveau des accessoires du jeu (tel un *jeu de cartes* ou un *jeu de dés*), au service de celui-ci.

Le jeu de rôle sur table existe aujourd'hui sous de nombreuses formes (cf. I - 3). Cependant, on pourrait le résumer comme un jeu dont les participants endossent un rôle, s'incarnant dans un *personnage* au sein d'un *univers* (ou *diégèse*, ou *monde*) et interagissant entre eux et avec celui-ci.

L'intérêt ludique est multiple et diffère d'un jeu à l'autre, mais se trouve au moins en partie et parfois intégralement dans le fait même d'incarner un rôle. En ce sens, le jeu de rôle est assimilable au théâtre, mais le rôle n'y est pas pré-écrit, le joueur réagissant aux situations en fonction de l'idée qu'il se fait de son personnage, de sa personnalité, de son tempérament, … (d'où l'amalgame fréquent avec le théâtre d'improvisation). On peut également citer comme intérêt le fait de faire progresser le personnage vers ses objectifs au sein de la fiction, mais cela peut-être parfois l'exact opposé selon les jeux (le plus caricatural en ce sens étant peut-être Fiasco[C.2] où les joueurs ont pour but de détruire physiquement, psychiquement et/ou socialement leur personnage).

Nous ne ferons qu'évoquer le fait que l'intérêt du jeu de rôle a été étudié et théorisé à plusieurs reprises, aboutissant parfois à des conclusions très différentes. On peut à titre d'exemple citer Ron Edwards et sa *GNS theory*[1] (ou théorie LNS pour Ludisme-Narrativisme-Simulationnisme) à propos des relations entre les joueurs et leurs attentes créatives (*creative agenda*) en tant que contrat social. Nous reparlons plus loin de cette théorie, n'en étant ici qu'à une introduction.

Nous n'avons fait que citer le jeu de rôle grandeur nature, car il ne s'agit pas là de notre problématique. Cependant, il nous paraît important à ce stade de le définir, afin de bien comprendre ce que n'est pas le jeu de rôle sur table, et ainsi mieux comprendre ce qu'il est.

Le jeu de rôle grandeur nature (souvent abrégé en Grandeur Nature ou GN) consiste à véritablement jouer le personnage, sans jamais sortir du rôle. Les participants se déguisent souvent, et réalisent une prestation de leur personnage incluant mouvements, gestes, mimiques, intonations, … C'est souvent la première image qu'à le public du "jeu de rôle", le rapprochant de la reconstitution (historique ou fictive).

Le jeu de rôle sur table s'affranchit de beaucoup de ces règles (et en ajoutent souvent également). Les joueurs, rassemblés autour d'une table, décrivent ce que fait leur personnage. Souvent ils interprètent le discours de leur personnage (on parle alors de *roleplay*) mais parfois le narrent juste (à la façon du discours indirect). Ils peuvent sortir de leur rôle, partager des réflexions de leurs personnages, … Ainsi, le jeu de rôle sur table est "plus libre", ou plutôt moins contraignant que son pendant Grandeur Nature.

Un dernier point d'introduction est la gestion de l'aléa. L'aléa occupe souvent une part importante du jeu de rôle. En effet, lorsque les personnages entreprennent des actions ou "tentent" de faire quelque chose, l'issue est souvent incertaine. L'exemple le plus simple est probablement un combat, lorsqu'un personnage (incarné par un joueur ou non) tente d'en frapper un autre. Le coup peut toucher, ou manquer sa cible (avec une infinité de possibilités : la cible peut esquiver, le personnage peut trébucher, quelqu'un peut s'interposer, le coup peut toucher une tierce personne, …).

La façon dont le jeu de rôle gère "historiquement" cet aléa, et à laquelle recourt la plupart des jeux de rôles, est un lancer de dés. Un score inférieur à un certain résultat peut par exemple signifier un échec, un score supérieur une réussite de l'action entreprise (avec toujours autant de variantes que de résultats possibles, et un ajout ou une soustraction d'un "modificateur" au résultat en fonction du contexte). Toujours pour reprendre notre exemple (qu'on transpose dans le système D20 où le résultat d'une action est déterminé par le lancer d'un dé à 20 faces, numérotées de 1 à 20), un résultat de 11 ou plus peut signifier que le coup porte, un résultat de 20 qu'il porte avec une puissance exceptionnelle, un résultat de 10 ou moins que l'action a échoué, et un résultat de 1 traduit une maladresse du personnage qui peut par exemple trébucher.

Cependant, de nombreux jeux de rôle ont créé ou repris un système différent pour gérer l'aléa. On peut citer le système de mots-clefs à utiliser pour réussir une action (comme dans le jeu Mantra: Oniropunk[C.3]), la dextérité du joueur avec par exemple une tour de jenga

(dans le jeu Dread[C.4]), ou simplement un système narratif où les actions sont couronnées de succès lorsque cela est cohérent (avec parfois des succès en demi-teinte).

I - 2 Historique simplifié du jeu de rôle

Il paraît assez évident en lisant les éditions successives de Donjons & Dragons[C.1, C.5, C.6] que le premier "jeu de rôle sur table" a dérivé des jeux de figurines ou jeux de guerre (*wargames*). Pour les présenter brièvement, ces jeux consistent à affronter un (ou plusieurs) adversaires à l'aide de figurines (ou pions, marqueurs, …) représentant des armées et à élaborer une stratégie pour gagner.

Gary Gygax et Dave Anderson ont tous deux été joueurs et/ou créateurs de *wargames*. La première révolution fût, en 1967 avec, au cours de certaines parties auxquelles a participé Dave Anderson[2], la participation d'autres joueurs qui avaient des rôles (tels que maire, banquier, …). La deuxième fût que les figurines ne représentent plus des armées mais un personnage (une unité) bien précis et auquel le joueur peut s'assimiler; cette deuxième innovation apparaît dans Chainmail, un *wargame* créé en 1971 par Gary Gygax et Jeff Perren[C.7] (et ayant pour la première fois pour diégèse un monde d'*heroic-fantasy* directement inspiré du Seigneur des Anneaux de Tolkien[3-5]).

La première édition de Donjons & Dragons date de 1974[C.1]. Elle consiste en l'exploration d'un donjon (le Donjon de *Blackmoor*), chaque joueur jouant un des aventuriers qui explorent ce donjon habité par des "monstres" et abritant des trésors. On notera que ce premier jeu de rôle a créé un genre qui a toujours beaucoup de succès, le genre "porte-monstre-trésor" où les joueurs traversent une succession de salles (d'où le terme de *porte*, souvent piégée) où ils affrontent des *monstres* pour récupérer un *trésor*.

Rapidement, devant le succès de ce premier jeu, le genre s'enrichit de nombreux autres soit aux thèmes similaires, soit dans des thèmes nouveaux (avec rapidement des jeux basés sur les thèmes populaires que sont le *western* et le *space opera*). Aujourd'hui, il existe une multitude de thèmes, dont on ne citera que les principaux : médiéval-fantastique, horreur et épouvante, science-fiction, moderne, *cyberpunk*, fantastique, …

Au cours des années 1980, et malgré un début de critiques (dont nous parlerons ci-après), le jeu de rôle connaît un grand succès (8 millions de livres vendus pour le seul Donjons et Dragons, qui en est alors à sa deuxième édition, AD&D pour *Advanced*)[3].

Cependant il faut attendre les années 1990 et Vampire : la Mascarade[C.8] pour que des jeux de rôles transcendent leur système de règles de combat pur pour s'intéresser plus avant à la partie narrative, psychologique, ou encore émotionnelle. L'accent se porte alors plus sur le *roleplay*, que l'on pourrait traduire par "interprétation".

Ce changement entraîne un succès croissant du jeu de rôle jusque dans les années 2000, où la concurrence d'autres loisirs, et en premier des jeux vidéo, entraîne une chute des ventes.

Actuellement, le marché du jeu de rôle est reparti à la hausse, porté par des nouveaux modes de financements (tels que le financement participatif, l'impression à la demande) qui permettent une plus grande accessibilité au marché pour les nouveaux auteurs et éditeurs, et qui garantit un succès toujours important aux éditeurs principaux et aux licences historiques.

Nous n'avons fait qu'évoquer les critiques qu'a subit le jeu de rôle. Dans les années 1980, le jeu de rôle - et au premier rang Donjons & Dragons - a subi de nombreuses accusations, initialement parce que sa diégèse n'était pas chrétienne. Patricia Pulling décrit Donjons & Dragons comme "*a fantasy role-playing game which uses demonology, witchcraft, voodoo, murder, rape, blasphemy, suicide, assassination, insanity, sex perversion, homosexuality, prostitution, satanic type rituals, gambling, barbarism, cannibalism, sadism, desecration, demon summoning, necromantics, divination and other teachings*."[4][7] Son mouvement (le B.A.D.D., 1983-1997) a émis de nombreuses critiques et accusations et à l'égard du jeu de rôle, qui ont par la suite été infirmées (augmentation du taux de suicide, augmentation de la criminalité, majoration des troubles psychologiques et psychiatriques, …).

[3] Le lecteur qui désire se renseigner plus avant sur l'histoire du jeu de rôle, et plus précisément de Donjons & Dragons, pourra en trouver un résumé facile à lire dans le bande dessinée L'éveil du maître du Donjon[6].

[4] "Un jeu de rôle fantastique où l'on retrouve démonologie, sorcellerie, vaudou, meurtres, viols, blasphèmes, suicides, assassinats, insanité [mentale], perversion sexuelle, homosexualité, prostitution, rituels sataniques et assimilés, jeux de hasard, barbarie, cannibalisme, sadisme, profanation, invocations démoniaques, nécromancie, divination et autres enseignements."

En France, on a retrouvé des critiques similaires au cours des années 1980 et 1990. La première cause en était à priori un amalgame de nombreuses activités sous le terme de “jeux de rôle” (cf. partie I), ainsi que des idées directement importées des critiques américaines. En 1995, Mireille Dumas présente un numéro de son émission Bas les masques intitulé “Jeux dangereux”, regroupant une bonne partie de ces critiques. De nombreux rôlistes considèrent que cette émission a fait chuter le marché du jeu de rôle, parlant d’une véritable “chasse aux sorcières” qui a immédiatement suivi à l’encontre des rôlistes, clubs et associations.[5]

On peut s’arrêter un instant sur le profil des rôlistes dans la société d’aujourd’hui (en France). Le site le-thiase.fr a réalisé en Septembre 2018 un sondage sur le profil des rôlistes[8] (après un premier en 2010 et un deuxième en 2014, et prévoit d’en refaire un tous les 4 ans). Ce sondage en ligne a recueilli 5 918 participants dont 86% en France. 86,6% des rôlistes ayant répondu sont des hommes, l’année de naissance moyenne est 1985 (soit 33 ans en 2018), l’année médiane vers 1983 (soit 35 ans).[6]

I - 3 Les différents types de jeu de rôle

Même au sein des “jeux de rôle sur table”, ce terme regroupe plusieurs activités assez diverses. Nous ne verrons ici que les principales d’entre elles.

I - 3a Le modèle classique

Le modèle historique du jeu de rôle, qui reste le plus joué, inclut plusieurs joueurs dont l’un a un rôle différent. Ce joueur est le Maître du Jeu (ou MJ)[7]. Il a le rôle de créer et/ou de

[5] Cette émission en a occulté d’autres qui ont précédé (Témoin n°1 en Mai 1994, Zone interdite en Novembre 1994). En France, la méfiance à l’égard des jeux de rôles est liée à une affaire qui a précédé de peu ces émissions, l’Affaire de la profanation du cimetière juif de Carpentras de Mai 1990, dont les coupables ne seront arrêtés que six ans plus tard. Des rumeurs locales persistantes parlent entretemps de messes noires dans l’enceinte du cimetière (ce qui ne sera jamais prouvé). En 1995, une femme dénonce des orgies dans le cimetière organisées par des joueurs de jeux de rôle, qu’elle accuse également des profanations et d’un meurtre, accusations dont on prouvera plus tard qu’elle sont fausses et inventées. Cependant, l’infirmation de ces accusations a eu moins d’écho que leur médiatisation première. La “chasse aux sorcières” mentionnée a eu pour conséquence la fermeture de nombreux clubs et associations de jeux de rôles notamment.

[6] Ces chiffres sont approximatifs. En effet les réponses sur l’année de naissance étaient exprimées en tranches de 5 ans (1981-1985 par exemple pour la médiane). La moyenne ne peut pas être calculée parfaitement car la première proposition est “1960 et avant”, et la dernière “2009 et après”, mais cela ne concerne que 17 répondants pour la première proposition et 2 pour la dernière, et n’entraîne donc qu’un très faible écart sur la moyenne de 5918 résultats.

[7] Selon les jeux ce titre peut varier. On retrouve ainsi le *Maître du Donjon* dans Donjons & Dragons, le *Gardien des Arcanes* dans l’Appel de Cthulhu, le conteur, le meneur, ...

supporter la diégèse : il décrit l'environnement, interprète le rôle des personnages non joueur (PNJ ou *NPC* pour *non-player characters*), prend en compte les faits qui se passent hors de la vue et de la connaissance des personnages joueurs (PJ ou PC pour *player characters*), … Le Maître du Jeu pourrait être décrit comme le "meneur" de la table, c'est lui qui avalise les actions des autres joueurs et qui leur décrit les conséquences de celles-ci, c'est lui qui donne une impulsion à l'histoire en déterminant les lieux et évènements qui affectent les autres joueurs.

Dans ce modèle historique asymétrique, les joueurs (sauf exceptions) n'ont que le rôle d'un seul personnage chacun (personnage joueur). L'identification à ce personnage unique est forte, de même souvent que le lien affectif qui lie le joueur à son personnage.

Selon les parties et les joueurs (y compris le Maître du Jeu), on peut parfois observer soit une relation asymétrique (pouvant se traduire par de la déférence, de la reconnaissance, ou de tout autre façon des autres joueurs vers le Maître du Jeu), soit une relation de coopération entre les joueurs (le Maître du Jeu n'étant alors "qu'un joueur comme les autres"). Certains font l'amalgame entre les différentes relations au sein des groupes et les attentes des joueurs, et donc directement avec la théorie NLS[1] que nous avons déjà évoquée; mais il serait trop simpliste de résumer les relations inter-joueurs à leurs attentes a priori.

I - 3b La narration partagée

D'autres jeux de rôle, plus récents, suppriment partiellement ou totalement le rôle de Maître du Jeu, pour une relation égale entre tous les joueurs. Ces jeux de rôles sont souvent axés sur d'autres objectifs que le jeu de rôle classique.

Pour expliquer cela, et aussi contestable qu'elle soit, prenons ici pour base la théorie LNS. Si on sépare dans un souci de simplification les attentes des joueurs en Ludisme, Simulationnisme et Narrativisme, on isole trois groupes d'attentes. Les "ludistes" recherchent avant tout le "jeu" au sens du "jeu de société", c'est à dire l'aspect ludique mais également et surtout stratégique et, in fine ce qui pourrait s'apparenter à une victoire (bien que tout le concept du jeu de rôle étant qu'il n'y ait ni victoire ni défaite). Les "simulationnistes" cherchent une expérience la plus réelle et crédible qui soit, le système parfois complexe de règles n'existant alors que pour permettre au monde d'être cohérent - aussi bien au niveau de ses règles physiques que sociales ou relationnelles (on pourrait

rapprocher approximativement ce mode de jeu du jeu de figurines où les distances sont importantes au millimètre près) - mais peut être simple en gardant le souci du réalisme comme idée clef. Enfin, les joueurs dits “narrativistes” font de la narration une fin en soi, jouant pour créer une histoire la plus plaisante possible pour eux (pas nécessairement plaisante pour leur personnage, mais plus comme un art à part entière comme peuvent l’être le théâtre, le cinéma ou l’écriture).

Dans les jeux à narration partagée, on ne sera pas étonnés qu’une attention particulière soit portée sur les attentes narratives des joueurs (dans la plupart des cas). Ainsi, la construction et le récit de l’histoire ont souvent une part bien plus prégnante dans la conception du jeu et, par extension, dans son système de règles, que dans la plupart des jeux de rôles.

Il n’existe pas un seul modèle de système à narration partagée. Comme dit plus haut, celle-ci peut être partiellement ou totalement partagée. Nous allons limiter les exemples mais d’infinies variantes et nuances existent.

Plusieurs jeux gardent un joueur ayant un rôle plus important que les autres. On peut par exemple citer Prosopopée[C.9] où l’un des joueurs a le rôle de “guide”. Son rôle est identique aux autres joueurs, mais il est simplement en plus le garant des règles, la mémoire du groupe, … Le but de Prosopopée ne peut être décrit plus simplement que de “raconter une histoire qui plaise à tous les participants”. Chacun des joueurs (le guide compris) prend la parole pour narrer l’histoire et, lorsqu’il s'interrompt, n’importe quel joueur peut poursuivre l’histoire. Nous nous permettons d’en parler un peu plus que nécessaire ici car ce jeu de rôle aura un intérêt plus loin dans la thèse.[8] Les joueurs incarnent des êtres démiurges, des peintres qui ont créé un monde sur une toile vivante. Cependant, l’équilibre de ce monde s’étant rompu entre les humains qui habitent cette toile et le reste du monde, ils ont décidé de s’y incarner pour résoudre les problèmes auxquels les humains ne peuvent pas faire face seuls. Nous passons sur le système de règles dont la présentation ici n’a pas d’intérêt, pour expliquer simplement que la résolution de ces problèmes ne représente pas un défi un soi, mais ne peut être faite que lorsque l’histoire que l’on raconte plaît à d’autres

[8] En effet, il existe d’autres jeux plus asymétriques en narration partagée mais nous avons choisi de présenter celui-ci car nous y ferons référence plus tard, pour parler du jeu de rôle thérapeutique. En jeu plus asymétrique, on peut citer Damnés[C.10].

joueurs. Chaque fois qu'un joueur dit quelque chose qui plaît à un autre, que ce soit par la poésie, l'intérêt scénaristique ou parce que cela fait écho à quelque chose et touche l'autre joueur, celui-ci peut récompenser le narrateur actuel avec un "dé d'offrande" qui lui servira à résoudre les problèmes.

D'autres jeux ne différencient plus du tout les joueurs entre eux. Chaque joueur va de manière égale participer à l'histoire. A simple titre d'exemple on a déjà évoqué Fiasco[C.2], qui est un jeu humoristique dont le but est que chaque joueur amène son personnage et celui des autres vers une déchéance physique, mentale et sociale.

I - 4 Le personnage et le rôle

A quelques exceptions près, dans le modèle classique, chaque joueur (en dehors du Maître du Jeu) incarne un unique personnage (Personnage Joueur). Parlons dès maintenant des exceptions pour pouvoir se concentrer par la suite sur la règle.

Ainsi certains jeux de rôles font incarner un nombre fini mais pluriel de personnages pour diverses raisons. Par exemple, dans le jeu *Mantoid Universe*[C.11], chaque joueur incarne simultanément trois personnages. Ce jeu étant dans un style "décalé", le système de règles même entraîne un nombre de décès important parmi les personnages joueurs.

D'autres jeux, enfin, font alterner ou changer de personnage pendant ou entre les sessions de jeux, ce dont les personnages peuvent ou non avoir conscience. Peu de jeu de rôle se basent entièrement sur cette mécanique, mais celle-ci peut être utilisée avec de nombreux systèmes. S'il faut citer un exemple, cette mécanique s'adapte parfaitement dans l'atmosphère mystérieuse de l'Appel de Cthulhu[C.12], jeu de rôle d'investigation horrifique basé sur les nouvelles de Howard Phillips Lovecraft.

En dehors de ces exceptions, chaque joueur joue le rôle d'un personnage joueur unique. Cela commence souvent par la création dudit personnage[9]. La création du personnage dépend éminemment du type de partie, sur lequel les joueurs s'entendent généralement préalablement. Nous ne reviendrons pas une fois encore sur la théorie LNS[1], de nombreux éléments peuvent entrer en ligne de compte pour déterminer le "type" de partie (la

[9] A noter qu'il est fréquent que pour des raisons scénaristiques ou de simplicité, le Maître du Jeu qui a conçu le scénario peut proposer (ou imposer) des personnages qu'il a lui-même créé (ou créés par les auteurs du jeu). On parle alors de personnages "pré-tirés". C'est plus souvent le cas dans une partie unique (*one-shot*, voir I - 5a).

dimension stratégique, la place du roleplay[10], la part de combats, …). La création des personnages se fait par une discussion entre chaque joueur et le Maître du Jeu. Le rôle du Maître du Jeu dans la création des personnages est à la fois d'apporter conseils et point de vue extérieur, mais aussi de faire en sorte que le personnage soit en adéquation avec le type de la partie qui va être jouée et vice-versa.

En règle générale, les personnages possèdent un *background* (que l'on pourrait traduire dans ce contexte par "Des antécédents"), c'est à dire un résumé de leur vie, de leurs actions passées, de leur parcours et, de facto, de leurs objectifs. C'est la partie narrative de la création du personnage. Ensuite, la création proprement dite consiste à définir les caractéristiques du personnage, ses compétences, ses connaissances, ses particularités, sa description physique, éventuellement ses pouvoirs, … Les termes de caractéristiques et de compétences n'ont pas été choisis ici au hasard, ces termes sont utilisés dans bon nombre de jeux de rôle et correspondent à des scores chiffrés, utilisés par la suite pour résoudre une action (voir partie I - 5c). Ces scores sont souvent calculés ou choisis grâce à des règles plus ou moins complexes, mais peuvent aussi être décidés d'une simple entente entre joueur et maître du jeu. La création d'un personnage peut varier de quelques minutes à plusieurs heures selon les jeux de rôles.

Une quasi-constante dans les jeux de rôles est "l'expérience". On peut parler de "points d'expérience" ou de tout autre terme idoine. Au fur et à mesure de leurs aventures, les personnages accumulent de l'expérience, qui leur permet de progresser par la suite. Il existe de nombreuses façons de gagner et d'utiliser l'expérience. Souvent, l'expérience est attribuée quand un personnage réussit quelque chose (à vaincre un adversaire, à terminer une mission), mais c'est parfois le contraire. Ainsi, dans le système de jeu PBTA[11], c'est lorsqu'un personnage subit un échec qu'il gagne de l'expérience. L'expérience rend souvent le personnage meilleur dans certains domaines, mais parfois aussi moins performant dans d'autres. Ainsi, les Ombres d'Esteren[C.14] attribue à chaque voie (combativité, empathie, créativité, raison, idéal) un côté positif et un côté négatif (ainsi un personnage ayant un faible score en raison pour être vif et instinctif et réagit rapidement, un personnage ayant

[10] Voir partie I - 5b

[11] Powered By The Apocalypse, système de jeu générique créé à la base pour le jeu de rôle Apocalypse World[C.13] et depuis utilisé par de nombreux autres jeux.

un score important en raison sera réfléchi et posé); augmenter un score n'est donc pas simplement synonyme de "devenir meilleur".

L'interprétation du rôle est le point commun à tout jeu de rôle. Que le joueur incarne un personnage (ce qui est la norme) ou plusieurs, l'essentiel est qu'il "rentre dans le rôle" de ce personnage. Il agit non plus comme il le ferait lui, mais comme il pense que "son" personnage le ferait. Conscient des multiples réponses que chacun pourrait apporter et mettre en œuvre dans la situation décrite, il définit celle que choisit son personnage à cet instant, en se représentant son état d'esprit et ses connaissances, et la joue (cf. partie II - 3b pour les limites et exceptions, voir *steering* et *bleed in* ou dirigisme et saignement intériorisé).

Le jeu de rôle n'est pas scripté, il s'agit grandement d'un jeu d'improvisation. Bien que, selon la diégèse et l'histoire, certaines décisions peuvent s'imposer - ou tout du moins le joueur peut le ressentir ainsi - le principe même du jeu de rôle est de n'être limité que par l'imaginaire des joueurs. Bien que la résolution des actions puisse grandement varier d'une partie à l'autre selon le système de règles (voir partie I - 5c), il n'y a pas normalement d'action "interdite" par le système tant qu'elles sont physiquement et/ou mentalement possibles pour le personnage dans sa situation.

La partie I - 5b reviendra sur l'immersion dans le jeu, c'est à dire à quel degré le joueur s'efface pour jouer le personnage.

Le cas des jeux de rôles à narration partagée ne sera ici que brièvement évoqué. Très souvent, en l'absence de Maître du Jeu, les joueurs sont amenés à jouer le rôle des personnages qui ne sont pas les personnages joueurs.

Ainsi, chacun est amené à jouer son personnage, mais également à jouer des personnages non-joueurs (souvent secondaires) avec lesquels les autres personnages joueurs interagissent (et qui eux-mêmes interagissent avec ces derniers)[12]. Cependant,

[12] Il peut même arriver qu'un joueur ne possède pas de personnage propre et ne joue qu'à travers des personnages non-joueurs (quoique de fait la notion de personnage non-joueur devient ici discutable). Ainsi, dans Prosopopée[C.9], une partie des peintres démiurges s'incarne dans la toile sans prendre possession d'un humain; ils sont ce qu'on appelle des nuances, et influencent la partie à travers leurs descriptions de l'environnement, de ses habitants et de leur actions. Ils ont un rôle plus descriptif qu'actif dans la partie et jouent successivement un ou de nombreux personnages sans jamais que ce rôle leur échoit nécessairement ou ne soit constant.

aucun des principes évoqués pour les personnages joueurs ne diffère vraiment dans cette situation, les prises de décisions sont toujours contextuelles à la mentalité du personnage et à la situation, la différence étant le “lien affectif” avec le personnage.

En effet, très souvent au fur et à mesure qu’il le joue - mais parfois dès la création - le joueur éprouve certaines émotions vis-à-vis de son personnage : il peut réellement souhaiter que celui-ci accomplisse ses objectifs, avoir du plaisir à le voir affronter des épreuves, ou au contraire le trouver “dérangeant” par ses actions ou sa mentalité.

La mort d’un personnage est souvent un moment de paroxysme de ces émotions, en effet on pourrait argumenter qu’un joueur ne prend pleinement conscience de ce qu’il ressentait vis-à-vis de son personnage que lorsqu’il le “perd” (qu’il sait qu’il ne pourra plus jouer avec). Bien entendu, hors tableau psychopathologique exceptionnel (et théorique), ces émotions ne sont jamais identiques à celles éprouvées vis-à-vis d’un être humain, que ce soit dans le vécu “relationnel” ou dans la perte, cependant elles peuvent les mimer avec une force étonnante chez des personnes a priori dépourvues de trouble psychopathologique (cf. partie II - 3b[51] dont les références à Hasson et al. 2008 et Bergen 2009).

Il n’est pas étonnant qu’il existe une forme d’attachement, étant donné que les joueurs projettent forcément une partie d’eux-mêmes ainsi qu’une partie de leurs fantasmes dans leur personnage. Nous y reviendrons dans la deuxième partie de la thèse, sur les abords théoriques du jeu de rôle comme psychothérapie.

I - 5 La partie

Après ces explications, voyons un peu à quoi ressemble une partie de jeu de rôle.

I - 5a Parties en campagne et parties “one-shot”

Une caractéristique importante de la partie est sa durée. Une session de jeu de rôle en elle-même peut avoir une durée extrêmement variable. Cela peut aller de quelques dizaines de minutes à une voire plusieurs journées (le record historique est de 79 heures pour une partie jouée en 1995).

Au-delà de ces extrêmes, la durée d’une partie est générale de quelques heures. Le sondage du Thiase de 2018[8] comportait une question sur la durée moyenne des parties

jouées[13]. Pour environ 42% des rôlistes interrogés, les parties duraient en moyenne trois à quatre heures, cinq à six heures pour environ 38% des rôlistes (ce qui fait une durée moyenne comprise entre trois et six heures pour 80% des personnes interrogées).

Mais si la durée d'une partie varie autant, cela ne traduit pas réellement pendant combien de temps les joueurs vont jouer avec les mêmes personnages. En effet, il existe deux types de pratiques.

Les parties dites "*one-shot*" sont des aventures uniques. Les joueurs jouent une fois avec leurs personnages dans cette diégèse. Cela n'empêche pas de refaire par la suite des parties avec les mêmes personnages ou dans le même univers, mais par définition ces parties n'ont aucun lien entre elles. La plupart des *one-shot* vont permettre aux joueurs de jouer une unique fois avec les personnages. C'est le type de partie qui est le plus adaptée aux personnages dits pré-tirés, c'est à dire créés par le Maître du Jeu ou l'auteur du scénario et non par le joueur (qui peut tout de même avoir un nombre restreint de choix à faire, souvent parmi lesquels le nom du personnage ou son sexe).

A l'inverse, il est très fréquent que les personnages vivent des aventures successives, ayant un lien plus ou moins important entre elles (elles peuvent se suivre directement ou seulement présenter des objectifs similaires pour les personnages). Il peut même exister une continuité parfaite entre elles, les sessions n'étant alors plus définis par le temps du scénario mais par celui consacrés par les joueurs à ce loisir. Ce type de parties est regroupé dans une "campagne" (terme directement emprunté au jargon militaire, qui fait écho à l'historique des jeux de rôles dérivés des *wargames*). Une campagne désigne la succession des séances (ou des scénarii) directement en relation, au cours de laquelle les joueurs jouent chacun un même personnage (bien qu'un joueur puisse changer de personnage si celui-ci décède ou vient à quitter le groupe).

I - 5b - L'immersion et le roleplay

Il n'existe pas une seule façon de jouer un rôle, mais une infinité. Certains joueurs décrivent simplement ce que fait ou dit leur personnage, parfois même au discours indirect. C'est la technique qui nécessite le moins d'engagement, qui est la moins spontanée et qui

[13] La question portait sur les parties jouées autour d'une table et non sur internet, la pratique du jeu de rôle en ligne via des forums ou des plates-formes de discussions devenant chaque année plus importante. Cela donne généralement lieu à des parties plus courtes, mais là encore de grandes disparités existent.

permet de “distordre” le temps effectif au cours du jeu par rapport au temps réel passé à jouer.

Mais souvent, le joueur se met “en immersion” pendant les dialogues de son personnage. Il prend les intonations, mime les émotions du personnage, et rapproche son jeu de la pratique du théâtre. Ce jeu nécessite plus d’engagement envers le personnage, et est le plus souvent émaillé de pauses entres les interactions qu’a le personnage avec d’autres personnages.

Il est rare en jeu de rôle sur table que l’immersion soit complète et surtout prolongée, voire même ininterrompue de toute la partie. Cette pratique est plus fréquente dans les jeux de rôles grandeurs natures (et les *murder parties*). Cependant, il est parfois recherché et peut-être un but en soi, notamment mais pas exclusivement dans le jeu en performance (cf. ci-après).

I - 5c - Jouer en performance

Le jeu en performance est un concept large apparu récemment dans le monde du jeu de rôle, qui peine encore du fait de son jeune âge à trouver une définition stable. Pour préciser, il est certain que cette notion à moins de 20 ans, et le terme en lui-même est encore plus récent, mais il n’a fait que mettre une appellation sur une pratique qui existait déjà.

Pour faire simple et surtout rester consensuel, le jeu de rôle en performance est une façon de considérer le jeu de rôle comme une œuvre d’art, tout comme peut l’être le théâtre par exemple. Ce n’est pas la seule méthode qui considère le jeu de rôle comme une œuvre artistique, celui-ci consistant déjà à co-écrire une fiction éphémère à plusieurs. Le débat est complexe sur la nature artistique du jeu de rôle sur table, mais les arguments sont intéressants.

Le jeu en performance consiste à être conscient de participer à une œuvre d’art (et donc à accepter cette théorie) et à agir en conséquence, un niveau au-dessus. C’est à dire que ce qui devient artistique n’est plus seulement la fiction, mais le jeu même du joueur, tout comme dans le théâtre où l’écriture de la pièce est un art en soi, mais où le vrai art se situe dans le jeu des acteurs. Et alors, l’important est évidemment la façon de jouer le personnage, l’interprétation, l’immersion, mais également l’attitude générale du joueur, même lorsqu’il n’interprète pas son personnage. Ainsi, les regards, la gestuelle, les discours contingents qui ne concernent pas le jeu, la façon de lancer les dés font partie de la

performance. La manipulation des feuilles de papier ou du matériel, la gestion de la nourriture, la position sur le siège deviennent partie intégrante du jeu, de son ambiance.

Là où dans cette théorie on accède à un niveau supérieur, c'est parce que le jeu en performance ne consiste pas seulement à jouer un personnage, mais également à jouer un deuxième rôle, celui du joueur jouant ce personnage. Certains parlent alors de métajeu[9], un jeu au-delà du premier. Rien n'est en dehors de ce métajeu, tous les éléments qui ne font pas partie du jeu font éminemment partie de ce métajeu.

Le joueur cherche souvent un second plaisir dans le fait de jouer le rôle d'un joueur, parfois le sien, parfois avec des traits exagérés ou des efforts particuliers, parfois celui d'un "autre joueur" (au sens souvent générique du terme). Cela peut aussi consister à s'imposer des contraintes de jeu supplémentaires, sur la façon de jouer, ...

Nous ne développerons pas plus sur le fait qu'il existe plusieurs façons de jouer en performance. Simplement, cette pratique peut se faire pour une seule personne à la table, ou pour tout ou partie des joueurs. Cependant, certains auteurs considèrent qu'il doit s'agir d'une pratique qui "sert le plus grand nombre". Ainsi, chaque joueur devrait être averti que l'un ou les autres jouent en performance, à un métajeu en plus du jeu de base. N'être pas au courant peut entraîner une sorte de dissonance, de sensation de ne pas jouer au même jeu et nuire au plaisir du jeu des autres.[14]

I - 5d - La résolution des actions

Un des aspects les plus variables d'un jeu de rôle à l'autre, et que nous avons évoqué en préambule dans la partie I - 1, est le système qui régit la résolution des actions entreprises par les personnages. Nous avons déjà parlé "d'aléa".

Ce processus est souvent mis au centre du système de jeu en lui-même, bien que le récent essor des jeux à narration partagée amenuise cette importance. La forme de cette gestion peut-être intimement liée aux thématiques du jeu, ou être très générique.

[14] On pourrait beaucoup développer sur ce sujet en poursuivant dans l'exploration des théories du "contrat social" dans les parties de jeux de rôles. Cependant, plusieurs théoriciens du jeu de rôle l'ont déjà fait, et cela ne présente pas nécessairement un intérêt dans le cadre de cette thèse, dont cette première partie vise à donner un aperçu global du jeu de rôle sur table.

Le système de gestion historique est un système parfaitement aléatoire basé sur des probabilités. Toute action dont l'issue est incertaine fait l'objet d'un jet de dés. Par exemple l'un des systèmes les plus utilisés est le système dit "D20", c'est à dire dans lequel on utilise un dé à 20 faces numérotées de 1 à 20. Chaque action est associée à un "seuil de réussite", au-delà duquel elle est réussie. Par exemple, une action "normale", c'est à dire qu'un être humain sans entraînement ou aptitude particulière a une chance sur deux de réussir en un seul essai, a un seuil de difficulté à 11 (ou 10 selon les jeux), et un résultat de 11 à 20 est un succès. Il est à noter qu'une aptitude, un entraînement, une morphologie adaptée, … ajoutent un modificateur positif à ce jet de dé, tandis qu'une difficulté supplémentaire, une situation de handicap, … soustrait un modificateur afin de prendre en compte les conditions de réalisation de l'action.[15]

Le lancer de dé a été pendant longtemps le seul mode de résolution d'une action dans les jeux de rôle. Nous ne reviendrons pas sur d'autres modes de résolution déjà évoqués plus haut (mots-clefs, jenga, …).

On peut cependant noter que la narration et, également, l'interprétation du rôle, prennent souvent une part de plus en plus importante dans la résolution des actions. De plus en plus de jeux de rôle renforcent cet aspect, en demandant par exemple au joueur de décrire dans le détail son action (ainsi, plutôt que "j'attaque", il peut décrire "j'utilise ma rapière pour faire une feinte sur le flanc gauche de l'ennemi avant de porter une attaque rapide au visage"). Des systèmes encouragent cela par des bonus, d'autres le rendent obligatoire. D'autres encore demandent au joueur de narrer lui-même le résultat de son action après avoir eu connaissance de son échec ou de sa réussite.

Bien entendant, certains jeux (principalement à narration partagée mais pas exclusivement), évincent complètement l'aléa et se basent sur ce qu'on pourrait appeler "le bon sens" pour décider du résultat d'une action.

Il est intéressant de noter que certains joueurs préfèrent le côté aléatoire, qui ramène plus à la dimension de "jeu" en général en évinçant ce qu'ils pourraient qualifier

[15] Il n'est pas utile ici de préciser les différents systèmes à dés au-delà de cet exemple. Certains font jeter plusieurs dés (dont le nombre varie en fonction des conditions) et il faut obtenir un nombre de "réussite" défini par la difficulté de l'action. D'autres systèmes sont des mélanges des deux susmentionnés. D'autres prennent en compte des "réussites partielles", ...

“d’arbitraire”, et que d’autre préfèrent un système de résolution plus narratif, que la résolution soit partagée ou décidée par le Maître du Jeu. Cette décision peut alors être guidée certes par la logique, le “bon sens”, mais également par son intérêt au service de l’histoire.

Enfin sur ce point, nous mentionnerons que de nombreux Maîtres du Jeu utilisent un paravent pour masquer leurs propres lancer de dés. Ceci peut avoir de nombreuses fonctions, mais celle que nous évoquerons ici est de pouvoir modifier le résultat d’un lancer de dé afin de mieux servir l’histoire (ne pas tuer la némésis des joueurs trop tôt, faire mourir ou sauver un personnage non-joueur, …)[16].

I - 6 Derrière la partie

I - 6a Le scénario

Très souvent (même si ce n’est pas une obligation, même dans un jeu de rôle “conventionnel”), le Maître du Jeu a préparé un scénario pour la partie (ou pour plusieurs parties en campagne). Ce scénario peut-être plus ou moins rigide, et offrir donc une liberté d’action plus ou moins grande aux joueurs.

A l’extrême, la partie est scénarisée quasiment comme un film. Le Maître du Jeu prévoit et anticipe les réactions et décisions des joueurs - qui peuvent être aussi basiques qu’un choix entre un combat ou la fuite, ou bien plus complexes comme dans le cas d’un dilemme moral - et crée un scénario en fonction de cela, scène après scène. Ce scénario peut être unique ou comporter des embranchements avec deux ou plus directions possibles pour les joueurs (et avoir ainsi un scénario qui se déploie comme un arbre de probabilités).

A l’autre extrême, le Maître du Jeu peut improviser au fur et à mesure, que les autres joueurs le sachent ou non. Il peut avoir ou pas déjà décidé d’un univers et/ou d’une amorce scénaristique dans les grandes lignes.

[16] On notera en première fonction du paravent de pouvoir tempérer l’aléa. Ainsi, cela permet certes comme évoqué de sauver si besoin l’adversaire des joueurs, soit pour faire durer l’affrontement, soit pour qu’ils puissent le ré-affronter plus tard, mais également l’inverse c’est à dire d’éviter la mort à un joueur sans introduire de *deus ex machina* pour cela. Certains Maîtres du Jeu ont coutume de dire que “les dés ne servent qu’à faire du bruit derrière le paravent”, car le bon résultat est uniquement celui qui sert l’histoire.

On peut rapidement évoquer également que le paravent n’est pas vierge est sert souvent d’aide-mémoire au Maître du Jeu car il contient de nombreuses informations techniques réécrites permettant un accès rapide aux règles facilement oubliables. Enfin, il sert à masquer les feuilles de notes du Maître du Jeu afin d’éviter aux joueurs d’apercevoir tout ou partie du scénario.

Comme souvent, la majorité des scénarii se situent entre ces deux extrêmes. Ainsi, la diégèse et l'histoire sont globalement définis mais comportent des trous pour permettre de s'adapter aux choix des joueurs. Une autre façon de faire est que le scénario soit entièrement écrit de la façon dont il se déroulerait sans l'intervention des personnages joueurs qui sont comme un élément "extrinsèque" qui vient modifier le scénario; ainsi le Maître du Jeu s'adapte au fur et à mesure à l'action des joueurs et en répercute les conséquences sur le cours des évènements.

I - 6b L'intérêt du Maître du Jeu

On ne peut pas vraiment comprendre un scénario si on ne sait pas ce que désire le Maître du Jeu qui l'a écrit. En effet, le Maître du Jeu va vouloir écrire et créer des situations conformément à ce qu'il attend d'un jeu de rôle, à ce qu'il aime, …

Il y a la plupart du temps adéquation - spontanée ou au prix d'efforts - entre les attentes des joueurs (cf. parties I - 1 et I - 3) et celles du Maître du Jeu. Mais passons sur cette considération pour nous concentrer maintenant uniquement sur le MJ (dont on rappelle qu'il est un joueur au même titre que les autres).

Nous ne ferons pas ici un catalogue de toutes les motivations possibles des MJ, d'une part car il ne serait jamais exhaustif, d'autre part car l'intérêt que cela aurait serait discutable. Mais globalement, il est possible de distinguer des MJ (ou tout du moins des scénarii) qui proposent un *challenge* aux joueurs, comme un défi qui leur est lancé (cela se rapproche du Ludisme dans la théorie LNS). Le scénario est alors axé sur des difficultés soit stratégiques, soit intellectuelles (énigmes, …). Les joueurs vont donc jouer à deux jeux à la fois, un jeu de rôle, et un jeu "contre" le scénario préparé.

D'autres MJ vont privilégier un aspect beaucoup plus "artistique", dans le sens où ils vont créer un scénario où la prestation de rôle des joueurs pourra être la plus intéressante possible. Cela passe souvent par exposer les personnages joueurs à des situations dramatiques, soit de dilemme, soit d'impuissance, soit de sacrifice, … Cependant, cela peut aussi passer par des scènes particulièrement heureuses, émouvantes, par des divergences d'opinions entre personnages, …

De manière parfois similaire, parfois très différente, on peut trouver des MJ ou des scénarii dont le but est de susciter une émotion réelle non chez le personnage, mais chez le

joueur. On peut bien sûr faire le rapprochement avec une œuvre d'art (comme un film, …), mais on peut également voir un côté beaucoup plus humain de recherche émotionnelle, indépendamment du côté esthétique ou artistique (cf. partie II - 3b et le *bleed out* ou saignement extériorisé).

On peut distinguer globalement les autres courants de la théorie LNS : des Maître du Jeu dont le but est d'écrire un scénario original, surprenant, … (Narrativisme, bien qu'on puisse également englober la performance artistique dans ce terme générique). On peut voir des MJ avec un souci de réalisme (Simulationnisme).

Il est notable que de nombreux jeux et systèmes de jeux influencent le type de scénario qui est joué avec. Certains jeux, de par leurs règles, sont volontairement très punitifs. On peut par exemple citer Sombre[C.15], jeu dans lequel les personnages joueurs sont des victimes dans des films d'horreur. Le système rapide du jeu, punitif voire rapidement létal, vise à créer un sentiment de peur et d'incertitude, le personnage étant une personne "normale" face à des tueurs en séries ou d'autres menaces extrêmes.

Un hasard important peut induire un sentiment de perte de contrôle. Un univers particulièrement clément où les actions sont faciles est propice à un rôle de super-héros lorsque l'intérêt du jeu ne réside pas dans la difficulté des combats. Une narration saccadée dans un univers mystérieux est propice à induire un mal-être chez le joueur dont le personnage est atteint d'une forme d'altération cognitive.

Le but du Maître du Jeu n'est pas de s'amuser au dépend des joueurs, il ne gagne ou ne perd pas contre eux. Son rôle est de s'amuser en permettant aux joueurs de le faire. Qu'il préfère faire vivre des aventures épiques, des émotions intenses ou un véritable défi aux joueurs, il trouve son plaisir quand les autres joueurs cheminent dans le scénario qu'il a créé pour eux.

II - Le jeu de rôle en tant que psychothérapie, bases théoriques

Dans cette deuxième partie, nous allons étudier en quoi le jeu de rôle pourrait être utilisée comme psychothérapie. En reprenant d'abord le concept même de psychothérapie,

puis en voyant en quoi le jeu de rôle se rapproche de certaines, voire même est déjà utilisé par certains thérapeutes, directement ou indirectement.

II - 1 Introduction sur les psychothérapies - Les facteurs communs aux psychothérapies

Le terme de psychothérapie apparaît au cours du XIXe siècle[10]. Derrière ce seul terme se recoupent une multitude de réalités : des pratiques différentes, des théories psychologiques ou neuropsychologiques différentes, des conceptualisations de l'acte même de psychothérapie différentes, …

Plutôt que de les énumérer afin de faire ressortir les différences, il paraît plus approprié ici de recouper les ressemblances, et ce afin de voir si le jeu de rôle peut être considéré comme psychothérapeutique.

Jacques Van Rillaer a travaillé sur les facteurs communs aux psychothérapies[11]. Nous allons reprendre ici les grandes lignes de son travail pour les analyser. Il cite en introduction le Traité médico-psychologique[12], où Philippe Pinel relève "trois facteurs psychothérapeutiques non-spécifiques : le contact affectif, l'écoute empathique, l'espoir d'un progrès"[17].

Il passe ensuite rapidement au XXe siècle où la diversité naissante des psychothérapies entraîne de facto des rapprochements. Il commence par Freud qui, en 1925, parlera de "la tonalité de la relation affective" comme "facteur actif non spécifique"[13][18].

Dans l'ordre chronologique, il poursuit avec le travail de Saul Rosenzweig, psychologue américain qui a d'abord travaillé jusque dans les années 1930 sur le refoulement, avant de réfléchir aux facteurs communs aux psychothérapies[14]. "Saul Rosenzweig a défendu l'idée que les succès des psychothérapies procédaient de facteurs qui leur étaient communs : un thérapeute expérimenté, la libération d'émotions, une théorie de référence cohérente et la reformulation d'événements psychologiques en fonction de la théorie." Il a par ailleurs

[17] "Des aliénés transférés dans l'hospice, et désignés à leur arrivée comme très emportés et très dangereux, parce qu'ils ont été exaspérés ailleurs par des coups et de mauvais traitements, semblent tout-à-coup prendre un naturel opposé, parce qu'on leur parle avec douceur, qu'on compatit à leurs maux, et qu'on leur donne l'espoir consolant d'un sort plus heureux. La convalescence fait ensuite des progrès rapides sans aucun autre artifice." Philippe Pinel[12], cité par Jacques Van Rillaer[11].

[18] "Les plus beaux résultats étaient brusquement comme effacés si le rapport personnel au patient s'était brouillé. Il est vrai qu'ils se rétablissaient si l'on trouvait le chemin de la réconciliation." Sigmund Freud[26], cité par Jacques Van Rillaer[11].

développé au cours de ses travaux en 1936 - et comme une conclusion - le concept du *Dodo bird verdict* (ou verdict du Dodo). Inspiré d'Alice au pays des merveilles[15], où le Dodo prononce cette phrase après la course "*Everybody has won and all must have prizes*"[19], Saul Rosenzweig conclue ici qu'en termes de psychothérapie, les facteurs communs à toutes sont plus importants que les différences techniques qui les séparent.

Le travail suivant énuméré est celui de Carl Rogers qui, en 1957, publie un article qui sera traduit par "Les conditions nécessaires et suffisantes du changement thérapeutique de la personnalité"[16]. Il n'est pas nécessaire a priori de présenter Carl Rogers, nous rappellerons simplement qu'il est devenu l'un des psychologues et psychothérapeutes les plus connus, et notamment avec la *Client-Centered Therapy* (thérapie centrée sur le client), devenue par la suite *Person-centered Approach* (approche centrée sur la personne). On retrouve globalement les mêmes conclusions chez Rogers que chez ses prédécesseurs, et notamment chez Pinel : "Il a soutenu que le thérapeute efficace (a) est une personne authentique, cohérente, consciente de ses sentiments, (b) témoigne à son client une considération positive inconditionnelle (ce qui n'implique pas d'approuver tous ses actes)[20] et (c) fait preuve d'empathie, c'est-à- dire tente d'éprouver ce que vit le client[21]."

Plus avant encore dans le temps, on passe ensuite en 1990. Lisa Grencavage et John Norcross[18] ont recoupé 50 publications qui analysent les facteurs de réussite des psychothérapies individuelles. "*The number of factors per publication ranged from 1 to 20, with 89 different commonalities proposed in all.* [...] *The most consensual commonalities across categories were development of a therapeutic alliance, opportunity for catharsis, acquisition and practice of new behaviors, and clients' positive expectancies*"[22]. On peut noter que Jacques Van Rillaer relève bien quatre facteurs, mais sensiblement différents de la conclusion de cet article : "La catharsis (l'opportunité d'exprimer des émotions), l'acquisition et la pratique de nouveaux comportements, l'explication «rationnelle» des

[19] "Tous ont gagné et tous doivent recevoir un prix".

[20] On reconnaît, simplement cité ici, le regard positif inconditionnel, qui sera abordé plus loin avec le travail de Ruth Sanford[17].

[21] Il paraît important ici de rappeler que le terme "client" est normal aux Etats-unis pour les psychologues, le terme de "patient" étant plutôt dévolu au milieu médical. C'est le cas dans quasiment toutes les publications psychologiques américaines, notamment parmi celles qui seront citées dans cette thèse.

[22] Chaque publication comportait entre 1 et 20 facteurs, pour un total de 89 facteurs et/ou catégories. [...] Les facteurs les plus consensuels qui ressortent de ces catégories sont le développement d'une alliance thérapeutique, l'opportunité d'une catharsis, l'acquisition et la pratique de nouveaux comportements, et les attentes d'un changement positif du client.

troubles (pas nécessairement correcte, mais ayant le mérite de remplacer une conception démoralisante), le sentiment de mieux se comprendre." Il ne reprend cependant pas les pourcentages qui ont été calculés dans ce travail, et qui méritent d'être cités du fait de leur différence importante : "*Across all categories, the most consensual commonalities were the development of a therapeutic alliance (56% of all authors)*[23]*, the opportunity for catharsis (38%), the acquisition and practice of new behaviors (32%), clients' positive expectancies (26%)*".

Pour terminer sur l'analyse de ce texte de Lisa Grencavage et John Norcross, on peut noter que dans le protocole méthodologique puis dans les résultats, les facteurs ont été séparés en facteurs liés au client, liés au thérapeute, lié à la relation et liés à la technique. Nous n'avons pas insisté dessus, car les auteurs le critiquent eux-mêmes de manière intéressante dans la conclusion : "*In fact, all client, therapist, technical, and relationship elements are unavoidably interrelated. Fine lines of distinction drawn in research do not exist in actual practice. One prime illustration is positive client expectancies. In one sense, it is clearly a client characteristic. In another sense, it is also a therapist behavior, because the therapist exerts a significant influence on the instillment and maintenance of client expectations. Treatment structures and setting variables also influence client expectancies, because impressive surroundings serve to increase the prestige of the therapist and thus clients' hope.*[24]"

Le dernier travail analysé par Jacques Van Rillaer que nous citerons ici est celui de Allen Bergin, Michael Lambert et David Shapiro de 1986[19]. Leur travail porte sur les facteurs que repèrent les patients, et non sur la vision médicale, ce qu'on peut saluer dans une pratique de plus en plus orientée rétablissement, où l'on remet l'individu au centre des décisions. Les analyses se font indépendamment du type de psychothérapie. "Ils concluent que, du point de vue des patients, l'efficacité du traitement est attribuée principalement à

[23] Facteur détaillé plus loin dans l'article comme "*development of a collaborative therapeutic relationship/alliance*". L'introduction de la notion collaborative et la possibilité de remplacer alliance par relation n'est pas sans intérêt.

[24] "Dans les faits, les éléments liés au client, au thérapeute, à la technique et à la relation sont inextricablement entremêlés. Les fines frontières créées par la recherche n'existent pas en pratique réelle. Par exemple, l'attente positive du client est clairement une caractéristique liée au client dans un sens. Mais c'est également dû au comportement du thérapeute qui exerce une influence considérable sur la genèse et le maintien des atteintes du client. De même, la structure de soins et d'autres contingences influencent également ces attentes, l'environnement augmentant le prestige du thérapeute et de facto l'espoir du client."

des facteurs non spécifiques : le sentiment d'être accepté par le thérapeute, son implication active et son aide pour mieux comprendre les troubles."

Jacques Van Rillaer fait ressortir de cet article des facteurs communs aux psychothérapies, par recoupement[25]. La liste suivante est une citation exacte de son article[11] :

- "La foi dans le traitement"
- "L'alliance de travail. Cette expression désigne la confiance du patient dans le thérapeute, ainsi que leur accord sur les objectifs et les moyens à mettre en œuvre."
- "Le contact affectif. La majorité des psychothérapeutes offre une relation sécurisante et plus ou moins chaleureuse."
- "L'écoute empathique."
- "La modification de significations. Les psychothérapies sont l'occasion de prises de conscience et de nouvelles façons d'envisager les problèmes. Le sentiment de compréhension et de contrôle qu'elles apportent."
- "L'expérience de nouveaux comportements."

D'autres travaux méritent d'être cités dans la recherche de facteurs communs aux psychothérapies. On peut notamment s'attarder un peu sur les travaux multiples de Lester Luborsky, qu'il synthétise avec de nombreux autres dans un article de 1995 "*Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that "Everyone has won so all shall have prizes"*?"[26][20].

Lester Luborsky précise comme on vient de le voir que ce travail fait suite à 60 années de recherche sur une seule idée[27] : les psychothérapies étudiées donnant des résultats comparables les unes aux autres, leurs facteurs communs ne sont-ils pas prédominants dans leur mode d'action ?

Il reprend sa première méta-analyse de 1975[21], qui ne montrait aucune différence significative de résultats entre les différentes psychothérapies.

---

[25] Sans méthodologie scientifique ou mathématique, ou du moins non explicite.

[26] Les facteurs communs aux différente psychothérapies sont-ils l'explication principale du verdict du dod qui dit que "Tous ont gagné et tous doivent recevoir un prix" ?.

[27] "*The idea, debated for almost 60 years, is that different types of psychotherapy appear to produce similar outcomes, as judged by the fact that at the end of their treatments patients receiving different types of therapy show nonsignificant differences in their level of outcome.*"

L'étude étudiée suivante de 1980 de Smith, Glass et Miller[22] donne des résultats similaires mais à une échelle beaucoup plus importante : "*Our field's first grand-scale meta-analysis of about 475 comparative treatment studies, this study concluded that the nonsignificant difference effect was alive and well.*"[28].

Il cite comme autres travaux une publication de 1995 de Joel Weinberger[23], qui fait suite à la plupart des publications déjà citées plus haut ainsi que d'autres travaux des mêmes auteurs. Joel Weinberger a choisi cinq facteurs psychothérapeutiques, réputés pour être "communs" mais sur lesquels, pour quatre d'entre eux, une des écoles psychothérapeutiques principales mettait l'accent. Ainsi, il choisit la relation thérapeutique "centrale dans les psychothérapies psychodynamiques et humanistes"[29], l'affrontement de problèmes "central dans les thérapies comportementales"[30], le sentiment de maîtrise ou de contrôle "central dans les thérapies cognitives"[31], l'attribution de la réussite ou de l'échec au traitement "fortement étudié en psychologie sociale"[32] et enfin les attentes thérapeutiques qui n'est pas vraiment pris en compte dans aucune des écoles principales[33]. En analysant les études sur ces cinq facteurs dans plusieurs types de psychothérapies, il conclut à leur présence omniprésente mais négligée. Ainsi, il écrit trois conclusions en ce sens : la première est l'action thérapeutique des facteurs communs aux psychothérapies ("*Common factors are causally relevant to psychotherapy outcome*"), la seconde est

---

[28]" La première méta-analyse à grande échelle dans le domaine qui nous intéresse traite environ 475 études comparatives de traitement, cette étude a conclus à une absence de différence significative de résultats de manière effective et solide."

[29] "*The therapeutic relationship. This is central central to psychodynamic and humanistic/experiential approaches. It is relatively neglected by the behavioral and cognitive schools.*".

[30] "*Conjonting or facing the problem. Ths is central to learning-theory-based behavioral approaches that emphasize exposure to anxiety-producing sources of problems. To the degree that this school has been incorporated into the cognitive school, it is attended to there as well. It is relatively neglected by psychodynamic and humanistic/experiential writers.*"

[31] "*Providing an experience of mastery or cognitive control over the problematic issue. This is emphasized most strongly by (in fact, is central to) the cognitive school. It is relatively neglected by psychodynamic and humanistic/experiential theorists. To the extent that behavioral treatments attempt to teach new skills, they provide mastery experiences but do not attend to their importance as internal experiences.*"

[32] "*Attribution of therapeutic success or failure. This is related to expectation but refers to the understanding of therapeutic outcome. It has been strongly emphasized and researched by cognitive social psychologists. Cognitive therapy pays some serious attention to it, although it is not central to cognitive conceptions. It is relatively neglected by all of the other schools*."

[33] "*Expectations of therapeutic success. No clinical school has made this factor central to its thinking. In fact, it is often treated as something that must be ruled out or controlled for. It tends to be studied in the context of placebos. Although Frank (1973, 1982) emphasized its clinical relevance, he did not do so as a member of any school, and no school has taken up his work on this factor. It tends to be neglected by all schools*."

l'éclairage spécifique de chaque école sur certains de ces facteurs, croyant ainsi avoir une spécificité ("*Different therapeutic schools focus on certain of these factors to the relative neglect of others*"), et la dernière est l'existence de facteurs communs qui ne sont mis en avant par aucune école ("*Some factors proven to be therapeutically efficacious are not stressed by any school*"). Ainsi, il transforme les différences et spécificités de chaque école en facteurs communs à toute psychothérapie.

Enfin, Lester Luborsky cite une de ses publications de 1993[24] qui compare les psychothérapies dynamiques aux autres psychothérapies dans une méta-analyse de 17 études, dont 14 ont conclu à une absence de différence significative.

Après cette succession d'études dans son sens, Lester Luborsky prend le temps de rappeler une évidence importante dans la discussion, qui peut être facilement occultée par ces résultats : "*It may be worth reminding ourselves that the non-significant differences are in outcomes of different types of psychotherapy; there is considerable evidence for significant differences in the process of the treatment for different psychotherapies*."[34]. Évidence à laquelle nous rajouterons que la psychothérapie seule a suffisamment prouvé son efficacité, et que ce qui est bien comparé ici est une psychothérapie contre une autre, et non contre l'absence de traitement.

Un dernier travail que nous avons choisi de citer ici porte sur le regard positif inconditionnel. Prenons le travail d'une des auteurs qui en a parlé le mieux, Ruth Sanford, qui a travaillé avec et sur les notions de Carl Rogers. Elle a travaillé sur le regard positif inconditionnel comme l'une des "trois attitudes fondamentales de l'Approche centrée sur la personne pour favoriser le changement thérapeutique", ce qu'elle définit également comme trois "conditions nécessaires et suffisantes " au changement thérapeutique. Ces citations proviennent de la publication choisie : *Unconditional positive regard: A misunderstood way of being*[17], dont on a choisi la traduction de 2009 dans Pratique et recherche[25].

[34] "Il peut paraître opportun de se rappeler que l'absence de différence significative concerne les résultats des différents types de psychothérapies entre eux; il existe un nombre considérable de preuve sur les différences significatives dans les processus de traitement des différentes psychothérapies."

Avant de parler plus avant du regard positif inconditionnel, nous citons un extrait de cet article qui résume les trois conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutiques :

"L'hypothèse centrale de cette approche peut être brièvement résumée ainsi : l'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ces ressources.

Il y a trois conditions requises pour qu'un climat soit favorable à la croissance de l'individu, qu'il s'agisse d'une relation client-thérapeute, parent-enfant, leader-groupe, enseignant-étudiant, administrateur- administré. Ces conditions sont, en fait, applicables en toutes circonstances où le développement de la personne est en jeu. [...]

À la première on peut donner le nom d'authenticité, de réel ou de congruence. Plus le thérapeute est lui-même dans la relation, sans masque professionnel ni façade personnelle, plus il est probable que le client changera et grandira de manière constructive.

La seconde attitude qui est essentielle à la création d'un climat de changement est l'acceptation, l'attention, l'estime - ce que j'ai appelé le regard positif inconditionnel. [...]

Le troisième aspect facilitateur de la relation est la compréhension empathique."

Nous avons déjà noté plus haut un parallèle entre le travail d'Allen Bergin, Michael Lambert et David Shapiro de 1986[19] et les approches centrées rétablissement. On peut faire le même parallèle ici avec le travail de Carl Rogers et de Ruth Sanford. Le premier paragraphe évoque fortement l'approche centrée sur les forces. Le rôle du thérapeute, bien qu'important, est l'instauration du "climat [...] fait d'attitudes psychologiques facilitatrices".

Nous nous concentrerons ici sur le deuxième facteur, le regard positif inconditionnel, bien que l'authenticité et la compréhension empathique ne soit pas dénués d'intérêt (on peut cependant les considérer comme composants indissociables du regard positif inconditionnel). Ruth Sanford y voit le mécanisme primordial au changement, et qui induit celui-ci. Ainsi, le thérapeute se met dans une position thérapeutique du fait de ce regard positif inconditionnel : "La réaction [du thérapeute] vient de ce qu'il croit que le client est une personne digne de confiance, capable de la croissance positive qu'il désire."

Au-delà même du processus thérapeutique, Ruth Sanford le décrit même comme "un besoin humain fondamental, omniprésent et persistant.". Ainsi, ce n'est même plus tant un

processus fondamental dans une psychothérapie, que dans les relations interpersonnelles en général. C'est ce qui ressort du premier extrait cité. Ainsi, si c'est un facteur nécessaire et commun à toute psychothérapie, c'est surtout parce que la psychothérapie est éminemment une relation entre le thérapeute et le patient (client), et qu'elle n'échappe donc pas à ce prérequis.

Pour terminer sur ce travail, Ruth Sanford cite directement Carl Rogers, qui lui-même paraphrase Martin Buber, et utilise l'expression de "confirmer l'autre" : "Confirmer signifie accepter entièrement la potentialité de l'autre."[35]. Synthèse du regard positif inconditionnel (qui, on le répète, comprend l'authenticité et la compréhension empathique par nature), qui permet d'aller au-delà de ce que le patient présente lors de la rencontre et dans la relation, pour le saisir dans une entièreté réelle et potentielle, ce résumé s'ancre déjà dans une démarche thérapeutique puisqu'il inclut le potentiel du patient (potentiel au changement, et limites à ce potentiel de facto).

Il paraît intéressant, avant de refermer ce paragraphe sur les facteurs communs aux psychothérapies, de prendre le contre-pied de cette théorie. De nombreux psychothérapeutes, par conviction ou pour défendre les spécificités de leur école, combattent cette idée que l'effet thérapeutique des psychothérapies provient pour tout ou partie de facteurs communs non-spécifiques.

Pour illustrer ce propos, nous avons choisi un article de Dianne Chambless de 2002, Beware the Dodo bird: The dangers of overgeneralization[27], puisqu'il est une réponse direct aux travaux de Lester Luborsky cités plus haut : "*Luborsky et al.'s conclusion that there are no meaningful differences in the efficacy of various psychotherapies should be reconsidered for the following reasons: (a) errors in data analysis, (b) exclusion of research on many types of clients (e.g., children and adolescents), (c) faulty generalization to comparisons between therapies that have never been made, and (d) erroneous assumption that the average difference between all sorts of treatments for all sorts of problems can be assumed to represent the difference between any two types of treatment for a given problem.*"[36].

---

[35] Carl Rogers[26], cité par Ruth Sanford. "*Confirming means accepting the whole potentiality of the other*".

[36] Les conclusions de Luborsky et al. qu'il n'existe pas de différence d'efficacité significative entre les différentes psychothérapies devraient être reconsidérées pour les raisons suivantes : (a) des erreurs dans

Dianne Chambless commence son article en reconnaissant, comme nous venons de le soulever, combattre l'idée du Verdict du dodo par conviction pour son école thérapeutique (les thérapies comportementales) : "*First, in the spirit of being open about allegiance, perhaps I should note that there are personal reasons I am passionate about the dangers of accepting the Dodo bird verdict. I have spent almost 30 years specializing in the treatment of people with severe anxiety disorders.*"[37]. C'est sur sa propre expérience des soins que Dianne Chambless va se baser pour écrire une bonne partie de son article, en commençant par parler des patients "résistants" qui lui sont adressés : "*Most people I see have had extensive prior therapy, and, all too often, despite their lack of response to treatment, they tell me that they were never referred for behavior therapy but found it on their own through reading articles in the popular press and the like.*"[38]. Et elle continue en mettant en avant les résultats supérieurs de ce traitement, auxquels 70% des patients "résistants" aux autres traitements répondent : "*The majority (about 70%) responded to appropriate behavior therapy for their problems, but the lost years of their lives could not be recovered*."[39]. La conclusion logique à cet article sera évidemment une incitation à la médecine basée sur les preuves, afin d'adapter le type de thérapie au patient : "*To continue with my OCD example, say a psychodynamic psychotherapist does an intake session with a person with OCD who wants help with this anxiety disorder. [...] Should the practitioner ignore the literature on hundreds of clients treated successfully with ERP and use his or her preferred method of treatment, based on the rationale that no studies have been conducted to show that it is less successful than ERP?*"[40].

---

l'analyse des données, (b) l'exclusion de la recherche de nombreux types de clients (par exemple les enfants et adolescents), (c) la généralisation à tort de comparaisons inter-thérapies qui n'ont jamais été faites, et (d) le postulat erroné que la différence moyenne entre tous types de traitements pour tous types de problèmes peut être utilisée pour représenter la différence entre deux types de traitements donnés pour un problème donné."

[37] "En premier lieu, afin d'être transparente sur mon obédience, je devrais peut-être mentionner avoir des raisons personnelles de m'intéresser aux dangers de l'acceptation du Verdict du dodo. J'ai passé presque 30 ans de ma vie à me spécialiser dans le traitement des gens avec des troubles anxieux sévères."

[38] "La plupart des gens que j'ai vus avaient déjà eu une psychothérapie approfondie avant, et, malgré leur non-réponse au traitement, m'ont dit n'avoir jamais été adressés en thérapie comportementale mais avoir découvert ce traitement par des articles de presse grand public ou des moyens assimilés.

[39] La majorité (environ 70%) de ces patients répondent à une thérapie comportementale appropriée à leurs problèmes, mais les années de leur vie perdus ne peuvent pas être récupérées."

[40] "Pour poursuivre sur l'exemple des Trouble Obsessionnels Compulsifs, disons qu'un psychothérapeutique d'obédience psychodynamique met en place des sessions avec une personne ayant un TOC en voulant l'aider. [...] Devrait-il ignorer la littérature qui rapporte des centaines de clients traités avec succès par thérapie d'exposition et utiliser sa technique de traitement de prédilection, en se basant sur le fait qu'aucune étude n'avait démontré son infériorité par rapport à la thérapie d'exposition ?".

Cette longue succession de citations et traductions n'est pas sans but, cet article est intéressant et bien construit, mais montre les limites d'une pensée dogmatique, essayant de prouver la supériorité d'une école psychothérapeutique sur une autre. Tout d'abord, alors que l'article renvoie à la littérature et à l'Evidence-Based Medecine, il commence par assumer être basé sur des faits empiriques, sur l'expérience unique de cette clinicienne. Rien de choquant dans une introduction (nous l'avons nous-même fait dans ce travail), mais elle poursuit par des statistiques approximatives, basées sur son expérience personnelle. Mais là encore, on peut passer sur ce fait si sa population était représentative des personnes souffrant d'un trouble anxieux résistant (ce qui n'est à aucun moment ni démontré, ni même regardé). Mais ce qui me pose le plus souci n'est pas là : à aucun moment cette population ne représente les personnes souffrant d'un trouble anxieux sévère qui vont en deuxième intention avoir une thérapie comportementale; elle représente les patients souffrant d'un trouble anxieux sévère qui vont en deuxième intention avoir un nouveau type de psychothérapie. Certes, cet article n'est pas une étude clinique mais une réflexion sur le Verdict du dodo, mais l'absence totale d'un autre point de vue, même empirique - à défaut d'un groupe contrôle - fait le présupposé que ce sont les spécificités de la nature de la seconde thérapie qui sont bénéfiques, et non sa nature psychothérapeutique même, ne repose sur rien. La première thérapie a certes été inefficace, mais n'était-elle pas défaillante en tant que thérapie et non comme technique ? Même si l'on présuppose que le thérapeute était compétent (ce qui est déjà une supposition très incertaine), rappelons que l'un des facteurs mis en exergue par les patients est "le sentiment d'être accepté par le thérapeute"; cette condition était-elle remplie ?

Mais pour nuancer mon propos sur cet article, il contient un dernier passage très intéressant : "*the practitioner should examine what we do know about approaches that work for a given type of client and a given type of problem and cautiously project what those findings mean for a particular case.*"[41]. Ainsi, on en termine finalement avec la médecine fondée sur les preuves, pour en revenir à la singularité de chaque patient. Il a fallu en passer par l'absence de différence (significative) entre les techniques, puis par la supériorité dogmatique d'une école du fait de connaissances empiriques, puis par des preuves

[41] "Le thérapeute devrait examiner ce que l'on sait des approches qui donnent des résultats pour un type de client donné et un type de problème donné et prudemment spéculer sur ce que ces connaissances signifient pour un cas en particulier."

scientifiques, pour en arriver à la conclusion si simple mais pourtant si évidente que la thérapie doit être adaptée au patient. Il est probable que nous ne détournions un petit peu le sens de cet extrait sorti de son contexte, mais isolé ainsi il offre une très bonne conclusion à ce paragraphe. Nous l'avons vu plus haut et répété (notamment à travers le travail de Ruth Sanford[17]), la psychothérapie est une relation entre le thérapeute et le patient. Les thérapeutes, comme tout humain dans la relation, ont des limites à leur adaptation à l'autre, à leur acceptation, à leur absence de jugement, en synthèse aux prérequis à la relation posés par Carl Rogers et Ruth Sanford. Et il est probable que les limites des thérapeutes soient plus importantes que celles de leurs techniques, plus saillantes et moins contournables. Certains thérapeutes oublient trop souvent qu'il faut savoir passer la main à un confrère lorsque cela est nécessaire, car le but de la thérapie reste bien d'aider le patient, et non de l'aider avec notre propre technique ou de l'aider nous-mêmes.

Les techniques ont-elles des limites, sont-elles plus adaptées à certains types de troubles ou à certains types de patients ? Peut-être, le débat n'est pas fermé. Cependant, on oublie souvent que les thérapeutes ont également leurs limites (nous ne ferons que citer ici le contre-transfert comme une de ces limites, car une étude plus approfondie sortirait du cadre de cette thèse). Un autre débat que nous ne ferons qu'évoquer ici pourrait-être : les techniques psychothérapeutiques ont-elles des limites spécifiques, ou les thérapeutes choisissent-ils une technique de prédilection dont les limites respectent les siennes voir les enveloppent ?

Mais alors on peut se poser la question de l'intérêt d'une multiplicité des techniques si l'on accepte toutes ces conclusions. Joel Weinberger[23], que nous avons cité plus haut car apparaissant dans la méta-analyse de Lester Luborsky[20], nous fournit deux pistes pour répondre. La première porte sur la conciliation des différentes écoles : "*I reviewed two solutions offered to this dilemma: technical eclecticism and theoretical integration. [...] I believe that we must be willing to be guided by the accumulated wisdom of the various therapeutic schools without succumbing to their orthodoxies. We must be flexible in our use of therapeutic technique. [...] If it is true that common factors account for much of what is*

effective in psychotherapy, it behooves us to understand them and maximize their use."[42]. Ainsi, il paraît plus judicieux d'acquérir l'enseignement de chaque école pour en récupérer l'usage et la compréhension, tout en le relativisant par l'enseignement des autres écoles. Conseil auquel nous nous permettrons d'ajouter que chaque thérapeute devrait se fixer sur les éléments qui lui conviennent le plus et avec lesquels il est le plus à l'aise dans chaque école, afin de respecter ses propres limites[43].

La deuxième piste est une relativisation à la généralisation et à l'éclectisme qui complète ainsi le propos : "*At the same time, we should not indiscriminately apply techniques found to work in one context to other contexts. The effectiveness of a technique may depend upon the context within which it is embedded. This, I think, is the danger of a radical eclecticism.*"[44]. Encore une fois, il sera difficile de dire si les techniques psychothérapeutiques ont des limites propres et intrinsèques ou si il s'agit de celles du thérapeute, cette question ne sera pas tranchée ici.

En conclusion de cette partie, un résumé succinct paraît opportun sur les différents facteurs communs relevés, sans jugement de pertinence :

- Philippe Pinel : le contact affectif, l'écoute empathique, l'espoir d'un progrès;
- Sigmund Freud : la tonalité de la relation affective;
- Saul Rosenzweig : un thérapeute expérimenté, la libération d'émotions, une théorie de référence cohérente, la reformulation d'événements psychologiques en fonction de la théorie;
- Carl Rogers (repris par Ruth Sanford) : l'authenticité (cohérence, conscience de ses sentiments), la considération (regard) positive inconditionnelle, l'empathie

[42] "J'ai étudié deux solutions proposées à ce dilemme : l'éclectisme des techniques et l'intégration théorique. [...] Je crois que nous devons souhaiter être guidés par la sagesse accumulée par les différentes écoles thérapeutiques sans succomber à leurs dogmes rigides respectifs. Il nous faut être flexibles dans notre usage des techniques psychothérapeutiques. [...] S'il est exact que les facteurs communs sont la part la plus efficace des psychothérapies, il convient que nous les comprenions et maximisions leur usage".

[43] Comme détaillé largement plus haut et résumé ci-dessus, la croyance du thérapeute dans le traitement étant essentielle, de même que son authenticité, il convient qu'il maîtrise des techniques psychothérapeutiques qui lui conviennent et lui deviennent familières grâce à cela, plutôt que des outils génériques avec lesquels il n'est pas à l'aise.

[44] "Parallèlement, il ne faut pas utiliser de manière indistinctes des techniques dont l'efficience est prouvée dans un contexte dans d'autres contextes. L'efficience d'une technique peut dépendre du contexte dans lequel elle est utilisée. Ceci est, je pense, le danger d'un éclectisme radical."

- Allen Bergin, Michael Lambert et David Shapiro (selon le point de vue des patients) : le sentiment d'être accepté par le thérapeute, l'implication active, une aide pour mieux comprendre les troubles
- Lisa Grencavage et John Norcross : le développement d'une alliance thérapeutique, l'opportunité d'une catharsis, l'acquisition et la pratique de nouveaux comportements, les attentes d'un changement positif du client;
- Jacques Van Rillaer : La foi dans le traitement, l'alliance de travail, le contact affectif, l'écoute empathique, la modification de significations, l'expérience de nouveaux comportements.

Si l'on recoupe ces différents points de vue, la relation entre le thérapeute et le patient est l'un des points central ("contact affectif", "tonalité de la relation affective", "développement d'une alliance thérapeutique", "alliance de travail"). On peut voir l'attitude du thérapeute comme un prérequis à cette relation (comme vu avec Ruth Sanford) ou indépendante, mais c'est le point qui revient le plus après (l'empathie revient trois fois, l'authenticité ou l'implication active deux fois, la considération ou l'acceptation deux fois, l'attente d'un progrès une fois).

On note enfin quelques facteurs également redondants, qui nous intéressent plus spécifiquement dans le cadre de ce travail : la "libération d'émotions" et la "catharsis", ainsi que "l'acquisition et la pratique de nouveaux comportements" ou "l'expérience de nouveaux comportements", deux facteurs au centre de la thérapie par jeu de rôle.

II - 2 Une activité à la frontière d'autres psychothérapies

Avant d'étudier le jeu de rôle comme psychothérapie à part entière, et puisque nous venons de mettre en avant les facteurs communs à toutes les psychothérapies, il paraît opportun de parler des techniques "frontières" au jeu de rôle. Nous allons pour l'instant évincer tout le jeu de rôle proprement dit de cette étude, et non seulement le jeu de rôle sur table, afin de nous approcher progressivement de l'objectif de cette étude. Cette dichotomie paraîtra probablement artificielle, et elle l'est éminemment vu que de nombreuses pratiques incluent directement l'usage de jeux de rôle, ou découlent de celui-ci, comme le psychodrame ou les jeux vidéo.

II - 2a La narrative therapy

La *narrative therapy*, ou thérapie narrative[45], est un ensemble de techniques psychothérapeutiques théorisées par Michael White dans les années 1990. Son premier ouvrage (coécrit avec David Epston) paraît en 1989[28] et est traduit en français en 2003[29].

La *narrative therapy* est une thérapie centrée sur les compétences et les connaissances de l'individu, que l'on pourrait rapprocher de l'approche par les forces (que nous avons déjà mentionnée plus haut), et qui par nature a été conçue comme une thérapie familiale initialement (domaine de prédilection de Michael White à l'origine).

Nous allons voir tous les points qui rapprochent la *narrative therapy* du jeu de rôle thérapeutique. Mais avant cela, intéressons-nous à une notion importante dans la *narrative therapy* et dans le jeu de rôle, l'identité. Cette vision a été synthétisée par un article de Gene Combs et Jill Freedman dans un article de 2016[30].

Une des premières notions introduites, comme un rappel des racines de la *narrative therapy* dans les thérapies familiales, est le caractère social et environnemental, à la fois de l'identité mais surtout des troubles qui amènent à consulter. Les auteurs citent un article de Edgar H. Auerswald, *Thinking about thinking in family therapy*[31] : "*If one constructs a four-dimensional holographic thought model of Batesonian evolution, any segment any size of that model turns out to be an ecosystem. A randomly selected segment will be an open system... The awareness that such a system is a segment of a larger field, however, precludes treating it permanently as a closed system. The family is such an ecosystem. An individual is such an ecosystem. A community is such an ecosystem. A nation is such an ecosystem.*"[46]. Certes, un tel énoncé est théorique et non-applicable tel quel en pratique, puisque une thérapie à l'échelle du modèle entier n'est pas possible, mais c'est la

[45] Nous continuerons à utiliser ici le terme de *narrative therapy*, bien que sa traduction soit tout aussi acceptée, et ce pour éviter toute ambiguïté. En effet, le terme de "thérapie narrative" peut renvoyer à différents corpus de techniques, tandis que son équivalent anglophone, bien que également redonnant dans plusieurs écoles, soit plus consensuelle.

[46] "Si quelqu'un construit un modèle évolutif holographique en quatre dimensions selon le modèle de Bateson, alors toute partie de toute taille de ce modèle deviendra un écosystème. Une partie choisie au hasard sera un modèle ouvert… Être conscient qu'un tel système n'est qu'une partie d'un tout plus grand, cependant, interdit définitivement de le traiter comme un système fermé. La famille est un écosystème de ce type. L'individu est un écosystème de ce type. La communauté est un écosystème de ce type. Le pays est un écosystème de ce type."

conscience même de ce fait qui est importante. Et les auteurs complètent avec un problème sociétal qui pousse à aller contre ce modèle et, bien qu'il s'agit du système de santé des Etats-Unis, nous ne sommes pas non plus exempts de ce problème : "*Now, over the thirty years since that article was published, we see our treasured field beset by influences that require therapists to narrow their focus, to center that focus on short arcs of pathology, and to locate that pathology in individual bodies. Health insurers require a DSM diagnosis, and all the major, "legitimate" DSM diagnoses are individually based. Even in a small private therapy practice, to be paid for our work we must conceptualize people's problems as disorders in individual bodies. We must measure the families we see according to individualistic, biologically based norms. We are pushed to diagnose people as though the labels derived from such norms define their identities, and to file pathology-based reports to justify each hour or portion thereof we spend in following ever-more-rigidly defined practices.*"[47]. Pour conclure sur ce sujet d'une identité collective, il cite d'une part un article de Michael Hoyt et Alan Gurman[32][48], et d'autre part conclut : "W*e are urged to value the reductionist efficiency of one-size-fits-all therapy models over taking time to tailor our work so that it fits with the complexities of local ecosystems. [...] As we see it, these individualist, reductionist values and practices are in direct opposition to the relational, ecosystemic, co-evolutionary worldview that is at the heart of family therapy.*"[49].

[47] "A présent, trente ans après la publication de cet article, on peut voir notre précieux champ d'action mis à mal par des pressions qui exigent des thérapeutes de réduire leur champ d'action, de concentrer leurs actions sur des problématiques pathologiques partielles, et d'inscrire la source de cette pathologie dans le corps de leurs patients. Même les pratiques psychothérapeutiques privées, pour être rémunérée pour ce travail doivent inscrire les troubles de la personnes comme des troubles individuels dans leurs corps. Il nous faut traiter les familles que l'on reçoit selon des normes individuelles, mesurables biologiquement. Nous sommes encouragées à diagnostiquer ces personnes selon des étiquettes découlant de telles normes qui définissent leurs identités, et à remplir des comptes-rendus basés sur ces pathologiques pour justifier de chaque heure que nous passons à suivre ces pratiques normées de plus en plus sévèrement."

[48] La citation n'a pas été reproduite dans le corps du texte car n'apporte que peu de chose à la lecture des auteurs sur le système de santé. "*Therapists and clients are put in a moral dilemma by a reimbursement system that more readily approves claims for individual diagnoses than relational difficulties. The incentives for an individual medical model view of human functioning have increased dramatically; to say a problem is a family problem is often to say the clients will pay for their own care.*", soit en français "Les thérapeutes et les clients sont pris dans un dilemme moral par le système de remboursement qui approuve plus aisément les demandes concernant des diagnostics individuels que des difficultés relationnelles. Les encouragements à un modèle médical centré sur une vision individuelle du fonctionnement de la personne augmentent de manière dramatique; qualifier un problème de familier revient souvent à dire au client qu'il va payer lui-même ses soins.".

[49] "Il est urgent de démontrer la perte d'efficacité à adopter des thérapies "taille unique" par rapport à un travail sur mesure qui prend en compte les complexités de chaque écosystème. [...] Comme nous le voyons, ces pratiques et valeurs individuelles et réductionnistes sont en opposition directe avec la vision relationnelle, écosystémique et d'évolution conjointe qui est au centre de la thérapie familiale."

Nous avons partiellement reproduit ici toute cette introduction car cette vision va avoir de grandes conséquences pour la définition de l'identité dans la *narrative therapy*. Et là encore, nous allons commencer par citer largement le texte de l'article, qui vaudra plus que des paraphrases : "*We view identity as relational, distributed, performed, and fluid.*"[50] Chacun de ces quatre termes va être défini et justifié tout au long du texte, nous en avons extrait les idées principales :

- "*By relational, we mean that our stories of who we have been and who we can be would not exist outside of our relationships with other people; they are shaped by our experiences with others and our sense of how those others perceive us and respond to us. We are shaped by their responses and expectations.*"[51];
- "*By distributed we mean that the stories and experiences that shape our moment-by-moment sense of "self" are located in different places - in other people's memories, in hospital records, in anecdotes that get told and retold over family dinners, in our participation in cultural practices and rituals, in the Facebook pages of high school friends, in formally awarded certificates and degrees, and many other places. At times stories from several of these places can come together to solidify a particular sense of identity. At other times, stories from different sources can come together to give a sense of multiple possible identities.*"[52];
- "*When we say that our sense of self is performed we mean that we are all performers in each other's ongoing dramas. Each of us is always performer and audience at the same time. We become who we enact, and we do not do the acting in isolation.*"[53];

[50] "Notre point de vue est que l'identité est relationnelle, distribuée, jouée et mouvante." Jouée au sens de *perform* (comme un jeu d'acteur) et non *play* (comme une activité ludique).

[51] "Par relationnelle, nous voulons dire que les histoires de qui nous avons été et de qui nous pouvons être n'existeraient pas isolément des relations avec les autres, elles sont façonnées par nos expériences au contact des autres et par nos représentations de comment ces autres nous perçoivent et nous répondent. Nous sommes modelés par les réactions et les attentes des autres."

[52] "Par distribuée, nous voulons dire que les histoires et expériences qui façonnent notre sens du "moi" à chaque instant sont réparties en différents endroits - dans les souvenirs des autres, dans les archives hospitalières, dans les anecdotes qui sont énoncées et répétées aux dîners de famille, dans les pratiques et rituels culturels auxquels nous participons, dans les pages Facebook des amis du lycée, dans les diplômes et certificats obtenus, et dans de nombreux autres endroits. Ces histoires provenant de ces différents endroits peuvent parfois venir s'agglomérer pour créer un sens particulier de l'identité. D'autres fois, ces histoires de ces sources multiples peuvent se rejoindre pour donner la direction à plusieurs identités possibles."

[53] "Quand nous disons que notre sens du moi est joué (*perform*) nous voulons dire que nous sommes tous acteurs dans les histoires actuelles des autres. Chacun de nous est toujours acteur et spectateur en même temps. Nous devenons qui nous jouons, et ne jouons pas isolément."

- *"This relational, distributed, performed identity is also fluid, a process, not a possession. With each action we take, we establish a scaffold from which other actions are possible. Through our decisions as to what action to take, we are always stepping into new identities. One implication of this fluid sense of self is that change is practically impossible to avoid."*[54].

A travers ces quatre définitions, on peut retenir que l'identité se construit avec les autres, par nos actions et les leurs, mais également par la perception que nous avons de ces actions. L'un des seuls points de ces extraits sur lequel nous allons insister parce que nous y reviendrons plus tard est dans l'identité jouée : "*We become who we enact*"[55].

L'identité apparaît ici comme mouvante, et donc qui évolue perpétuellement et naturellement. C'est d'ailleurs ce qui est souligné : "*change is practically impossible to avoid*"[56]. Cette assertion est très intéressante, bien que probablement à relativiser selon d'autres caractéristiques de la personne (et notamment selon ses capacités cognitives et son âge). Mais il est vrai que qui que soit la personne, qu'importe ses capacités cognitives ou son âge, un changement brutal d'environnement social, culturel, relationnel, … induit un remaniement de sa personnalité. Les contre-exemples sont les personnes atteintes de certains troubles psychiatriques qui altèrent ou empêchent ce remaniement, parmi lesquels on peut citer à titre emblématique les diagnostics de "troubles de la personnalité", caractérisés par une adaptation au changement très limitée du fait d'une incapacité à infléchir son comportement selon son environnement (la prédominance d'un seul ou de quelques traits de personnalité sur tous les autres empêchent ceux-ci de s'exprimer et d'ajuster le comportement de la personne à la situation actuelle).

Après cette définition préliminaire, nous pouvons aborder le côté thérapeutique. Comment encourager le changement et le remaniement perpétuel de l'identité dans la "bonne" direction, et quelle est cette "bonne" direction. Là encore, la réponse de l'auteur peut être surprenante mais finalement paraît logique si l'on considère que notre rôle est

[54] "Cette identité relationnelle, distribuée et jouée est également mouvante, c'est un processus, pas une possession. Chaque action que l'on fait conduit à créer le panel d'actions suivantes possibles. A travers nos décisions de chaque action entreprise, nous faisons évoluer pas à pas notre identité vers de nouvelles. L'une des conséquences de ce sens mouvant du moi est que le changement est pratiquement impossible à éviter."

[55] "Nous devenons qui nous jouons".

[56] "le changement est pratiquement impossible à éviter."

d'aider le patient à "aller mieux", c'est à dire à fonctionner dans la communauté[57] : "*Rather than trying to help people be "true to themselves", we can focus on bringing forth different experiences of self, and help people either choose the relationships, contexts, commitments, and actions that support their preferred ways of being or help them, with the help of others, bring new versions of self into contexts where a current version is experiencing problems*."[58]. Ce premier extrait pris isolément paraît encore confus, alors essayons d'en proposer une relecture avant de passer à la suite. Le rôle du thérapeute n'est pas ici d'aider la personne à s'accepter telle qu'elle est, ce travail paraissant trop fastidieux et inutilement complexe au vu du caractère éphémère de l'identité. Il est bien plus facile, et donc préférable, d'aider la personne à transformer son "moi", son identité perçue. Et pour cela, l'auteur propose deux solutions : soit de rapprocher la nouvelle identité de la personne de son idéal, de la personne qu'elle voudrait être ou, on va le voir plus loin, de la personne qu'elle voudrait paraître aux yeux des autres, soit de rapprocher cette identité d'une plus à même de faire face aux problèmes rencontrés par la personne. Et il est bien dommage de dichotomiser ainsi ces solutions, l'une et l'autre étant compatible.

Mais pour en terminer avec ce texte, voyons comment l'auteur propose d'arriver à ces changements, par des techniques directement créées pour coller à la première solution proposée. Là encore, nous commencerons par deux extraits du texte avant de les analyser : "*Relational identity questions are those that give people the opportunity to see themselves through another's eyes or to recognize how another person or a relationship that they are part of has contributed to their sense of self. Examples of this kind of question are: How have you become different since you have been in the relationship with Jerry? What about the relationship has contributed to that? [...] What would you say your father most appreciates about you? What difference has it made for your sense of self to experience that*

[57] Le parallèle avec la définition de la santé mentale par l'OMS paraît ici opportun pour redéfinir la mission du psychothérapeute : "La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.". On repère donc à quel point le rôle du psychothérapeute est un rôle sociétal, et non uniquement individuel et centré sur le patient.

[58] "Plutôt que de tenter d'aider les personnes à être "elles-mêmes", on peut se concentrer sur le fait de produire des expériences de moi différentes, et soit les aider en cela à choisir les relations, les contextes, les engagements, et les actions qui correspondent le plus à la façon d'être qu'ils préfèrent, soit les aider, avec l'aide des autres, à trouver de nouvelles possibilités de moi dans les contextes ou leur moi actuel est en difficulté."

appreciation?"[59]; *"In narrative therapy, we ask questions to trace the contribution of people's choices and actions through time. We invite them to retell and re-experience those steps that have contributed to their current sense of identity. We ask questions that focus on action and agency to emphasize how they are performing their identities : What did you do in preparation for taking that step? How did you decide to take that action? Can you describe to me how you accomplished that?"*[60]. Dans cette optique, le rôle du thérapeute est ramené à repérer les dysfonctionnements et à guider le patient pour les surmonter grâce au choix de ses questions, questions destinées à orienter le patient dans la construction d'une nouvelle identité fonctionnelle, selon les méthodes décrites plus haut. Plus concrètement, nous allons voir dans le prochain travail sélectionné comment appliquer la notion de "*preferred ways of being*" développé dans cet article afin d'amener les patients vers le changement attendu. On retiendra de cet article les caractéristiques de l'identité dans la *narrative therapy*, l'encouragement à un changement guidé et adapté et l'utilisation pour cela de questions explicites (seul point qui différera dans le jeu de rôle, où les questions ne sont pas explicites mais amenées par la situation et les autres).

Ce deuxième article provient également de la revue Family Process, il s'agit d'un texte de 2016 écrit par Thomas Lund, Joseph Eron et Steven Dagirmanjian[33]. Les auteurs citent leur travail précédent, de 1998[34], en guise d'introduction, introduction dont il est intéressant de lire ce passage : "*Working with these methods in the 1980s, we began to notice something about effective reframing that would become a hallmark of our approach: Altering or even simply addressing the meaning of events and behavior in relation to how people wish to see themselves (and be seen by others) often leads to behavior change. We noted that "[...] a reframe gains plausibility, and can be more easily absorbed, when it fits with the client's preferred view," adding that "[...] this model (for effective reframing) allows*

[59] "Les questions sur l'identité relationnelle sont celles qui offrent aux personnes la possibilité de se voir à travers les yeux d'autrui ou d'exprimer l'influence qu'a eu une autre personne ou une relation qu'elles ont sur leur sens du moi. Des exemples de questions de ce genre sont : Qu'est-ce qui a changé depuis le début de votre relation avec Jerry ? Comment la relation a participé à ce changement ? [...] Que diriez-vous que votre père apprécie chez vous ? Qu'est-ce qui change en vous quand vous ressentez cette appréciation ?"

[60] "En *narrative therapy*, l'on pose des questions de manière à ancrer les conséquences des choix et des actions dans le temps. On les invite à répéter et à refaire l'expérience de ces étapes qui sont aboutis à leur sens de l'identité actuel. On pose des questions qui mettent en lumière ces actions afin de souligner leur façon de jouer leur identité : Qu'avez-vous fait préalablement au franchissement de cette étape ? Comment avez-vous pris la décision de faire cela ? Pouvez-vous me décrire comment vous avez fait cela?"

for more conversational interaction, with more spontaneity and believability" than one would usually see in strategic or behavioral therapies"[61].

Ainsi, cette approche qui rend le changement d'identité plus facile, qui l'incite en quelque sorte, est basée sur l'expression et la reformulation des conséquences des choix de la personne pour elle-même, par rapport à la façon dont elle se perçoit et dont les autres la perçoivent (ou plutôt dont elle perçoit la perception des autres). Bien entendu, il faut aussi s'intéresser aux causes de ces choix. Mais il s'agit d'amener la personne à une identité plus acceptable pour elle, qui correspond à son "*preferred view of self*". L'expression "*preferred view of self*" est difficile à traduire littéralement; elle pourrait se comprendre par "*l'image que l'on préfère avoir de soi*", mais dans ce contexte où il s'agit de l'objectif, l'usage du conditionnel paraît plus opportun, et l'on tend ainsi vers "*l'image que l'on voudrait avoir de soi*".

Mais juste avant de revenir sur ce terme, terminons la compréhension de cette thérapie : "*Importantly, there is no need to design tasks or directives to break the problem cycle. As the mindset of each person interacting around the problem changes, their behavior often changes as well. This nonprescriptive feature has several advantages. Resistance dissolves, compliance ceases to be an issue, and therapy becomes more focused and efficient. Perhaps most important, behavior change emerges as an outgrowth of a step-wise motivational process in which people figure out what fits for them. Therapists encourage family members to tap their inner strengths and pro-actively engage whatever external resources might help to resolve the problem.*"[62]. Nous insisterons simplement qu'encore une fois cette technique

[61] "En utilisant ces méthodes de travail dans les années 1980, nous avons commencé à remarquer un fait à propos du changement efficace qui allait devenir une marque de fabrique de notre approche : modifier ou même simplement verbaliser le sens des évènements et des comportements en lien avec la perception qu'ont les personnes d'eux mêmes (et de la perception des autres) conduit fréquemment à un changement de comportement. Nous avons remarqué que "[...] un changement gagne en plausibilité, et peut être plus facilement accepté, quand il concorde avec la vision préférée du client", et ajouté que "[...] ce modèle (pour un changement efficient) permettait plus d'interaction dans la conversation, plus de spontanéité et une plus forte adhésion" que celui utilisé d'habitude dans les thérapies comportementales ou stratégiques."

[62] "Fait important, il n'est nullement besoin de donner des tâches ou des consignes pour résoudre les problèmes rencontrés. Lorsqu'une personne avec un état d'esprit donné se confronte aux changements appliqués à son problème, son comportement change souvent également tout autant. Cette approche non-décisionnaire a plusieurs avantages. Elle prévient la résistante, il n'y a plus lieu de se soucier de la compliance, et la thérapie peut se centrer sur l'essentiel et gagner en efficacité. Plus important peut-être, le changement de comportement se fait dans le prolongement d'un processus progressif de leur motivation dans lequel les personnes réalisent ce qui leur correspond le plus. Les thérapeutes encouragent les membres de la famille à utiliser leurs forces propres et à s'engager de manière active bien que des ressources externes puissent aider à la résolution du problème."

est également “basée sur les forces”, nouveau point commun avec le jeu de rôle qui lui aussi va pousser les patients à exploiter leurs ressources. Bien que l’approche soit a priori très différente, la démarche décrite ici est la même que dans la thérapie par jeu de rôle, ou plutôt la thérapie par jeu de rôle peut suivre exactement ce schéma (bien qu’elle ait d’autres possibilités et techniques).

Il est temps de définir parfaitement ce qu’est le “*preferred view of self*”, et c’est là que le choix de “*l’image que l’on voudrait avoir de soi*” prend tout son sens. La courte définition donnée par les auteurs est “*the constellation of qualities people would like to see in themselves and have others see in them*”.[63] On peut noter que le choix de restreindre l’image de l’identité aux qualités est restrictif, bien qu’il s’agisse forcément de l’aspect le plus intéressant quand on parle de ce que “l’on voudrait”. En effet, on part du postulat que ces personnes souhaitent posséder des qualités, ou ne plus posséder certains défauts, ce qui est équivalent.

Une fois qu’on a défini cette vision idéale, il faut évaluer l’image que la personne a d’elle-même actuellement, et comparer les deux. C’est ainsi que ressort la notion de “*gap*” : “*We assume that people experience negative and unsettling emotions such as frustration, sadness, and anxiety (a) when they behave in ways that are discrepant with their preferred view, and/or (b) when they see themselves and/or see others seeing them in ways that are discrepant with their preferred view. Moreover, because people are often unaware of the discrepancies that affect their emotions and behavior, they often feel the effects of a gap even when they are not aware that they are in one.*”[64]. Ainsi, cette notion de *preferred view of self* pré-existerait à la thérapie, puisqu’elle existerait indépendamment pour chaque individu, et le fait de ne pas y tendre mais, au contraire, de s’en éloigner par son comportement ou ses choix, cause une souffrance résumée par ce *gap*. Nous utiliserons également ce terme de gap, passé en français et dont la définition du dictionnaire est “Écart très grand entre deux choses”, le terme “écart” seul étant insuffisant pour rendre compte

[63] “L’ensemble des qualités que les personnes voudraient percevoir en eux-mêmes et que les autres perçoivent en eux”.

[64] “Nous supposons que les personnes ressentent des émotions négatives et perturbantes comme la frustration, la tristesse et l’anxiété (a) quand ils agissent en inadéquation avec l’image qu’ils voudraient avoir, et/ou (b) quand ils perçoivent qu’eux-mêmes ou les autres remarquent cette attitude en inadéquation avec l’image qu’ils voudraient avoir. De plus, parce qu’ils ne sont souvent pas conscient que cette inadéquation affectent leurs émotions et comportements, ils ressentent souvent les effets d’un écart (*gap*) même sans réaliser être pris dedans.”

de cette notion qui se veut forte[65]. Nous ne nous avancerons pas plus sur les problèmes générés par les *gaps*, les auteurs en ayant fait un bon résumé : "*Troublesome gaps that lead to problematic behavior and interaction often occur at times of family-life transition, when views of self and other are changing or awakening a search for new meaning. How people manage such gaps determines whether they morph into problems or symptoms. For example, if a young person experiencing a troublesome drop in grades is clear about his preferred view, and has confidence that he can act consistent with that view, effective gap management might involve recognizing that his lack of effort, and resulting poor grades, do not fit for a bright, competent person who likes to succeed at his endeavors. Equipped with this mindset, the youngster might take action to narrow the gap - perhaps talking openly with her parents and teachers about her concerns and/or staying after school for extra help. On the other hand, if a young person is shaken by negative emotions, loses sight of her hoped for positive qualities, and loses confidence that she can act consistent with them, then she is more likely to manage the gap ineffectively. For example, the young person might minimize the issue, telling parents "It was only one report card"; or declaring "I don't care; it's not a big deal"; or denying responsibility [...]. And worse, our young client might passively accept what he or she believes the gap means: "I'm stupid, lazy, and incapable of being successful" - which risks turning a temporary mindset into a permanent condition.*"[66]. Ce long extrait illustré résume bien quelles formes peut prendre ce gap et quelles conséquences il peut avoir.

[65] De même, nous avons traduit dans la note précédente le terme "*discrepancy*" par inadéquation. Le terme dissonance aurait pu être choisi, mais nous ne souhaitions pas qu'il soit fait d'amalgame avec la notion de dissonance en psychologie.

[66] "Les *gaps* incommodants qui sont à l'origine de comportements et d'interactions problématiques surviennent le plus souvent en même temps que des changements familiaux, alors que la vision qu'on a de soi et des autres se transforme ou évolue vers la recherche de significations nouvelles. La façon dont les personnes gèrent ces *gaps* conditionne leur évolution en problèmes ou symptômes. Par exemple, si une jeune personne ressent qu'une chute de ses notes est clairement problématique par rapport à la vision qu'elle aimerait avoir, et qu'elle a confiance dans sa capacité à agir conformément à cette vision, la gestion efficace de ce gap pourrait consister à reconnaître son manque d'effort, et que les conséquences que sont ses mauvaises notes ne correspondent pas à une personne intelligente et compétente dont les efforts sont couronnées de succès. Dans cet état d'esprit, elle pourrait mettre en place des actions pour réduire ce gap - peut-être parler ouvertement avec ses parents et professeurs de ses inquiétudes et/ou rester des temps supplémentaires à l'école pour de l'aide scolaire. A l'inverse, une jeune personne déstabilisée par des émotions négatives perd de vue ses espoirs de posséder des qualités, perd confiance dans sa capacité à agir en adéquation avec ces qualités, et est ainsi plus à même de mal gérer ce gap. Cette jeune personne pourrait par exemple minimiser les problèmes, en disant à ses parents "Il ne s'agit que d'une note", "je m'en fiche, ce n'est pas important"; ou nier sa responsabilité [...]. Pire, elle pourrait accepter passivement des interprétations de ce gap :"Je suis stupide, fainéant, et incapable de réussir", ce qui risque de faire passer de temporaire à chronique cet état d'esprit."

Nous insisterons un instant de plus sur ce qu'est ce gap, car il est primordial de bien le comprendre. Il s'agit de l'écart qui existe entre la vision que l'on aimerait avoir de soi, et la vision que l'on a de soi ou que l'on infère que les autres ont de soi. Et pour paraphraser l'article, le plus large ce gap est, plus la détresse morale qui en découle est importante. Il est généré par les actions, les comportements ou mêmes parfois les pensées qui sont en inadéquation avec l'image que l'on aimerait avoir de nous, ou que l'on aimerait offrir aux autres. Tout le but de la thérapie est de réduire ce gap, en le faisant ressortir (en questionnant sur les causes, les motivations, les conséquences de chaque action et le ressenti que cela génère, en insistant sur ce qui changerait en réaction à un changement de cette action, en recherchant l'objectif profond de chaque personne derrière chaque action ou souhait), puis en aidant la personne à adopter des comportements plus proches de son idéal. Comme écrit, le gap peut être recherché dans le plus petit élément : dans les pensées de la personne (pensées qui peuvent lui déplaire, la culpabiliser, …), dans ses rêves d'avenir pour un enfant, dans son projet professionnel, … Les auteurs prennent l'exemple d'un jeune en difficulté qui souhaite intégrer les *marines*, et pour qui ils analysent avec lui les valeurs qu'il imagine derrière ce corps de métier, des bénéfices qu'il en attend, d'où lui vient cette idée, …

Nous citerons une dernière phrase de conclusion des auteurs : "*Regardless of the nature of the person's problem - how "pathological" its presentation, how long it persists, how disruptive its effects on lives and relationships - a key to motivating change lies in helping people connect with their preferred view. It is from this empowered place that people are best able to notice gaps and summon their creative energies to bridge them.*"[67].

Les théories de la *narrative therapy* ont rapidement trouvé un écho dans notre travail, que ce soit dans le cadre du jeu de rôle, ou dans le cadre des psychothérapies en général. Cependant, il paraît important que l'on présente au moins l'une des études qui a quantifié l'efficacité de cette thérapie. Et pour faire un parallèle avec notre propre travail, nous avons choisi l'étude *Truth Be Told*[35] (TBT), qui porte sur un travail avec des femmes incarcérées.

[67] "Indépendamment de la nature des troubles d'une personne - à quel point ses représentations sont pathologiques, la durée des troubles, ses conséquences destructives sur sa vie et ses relations - un pilier pour motiver le changement est de l'aider à se rapprocher de sa vision qu'il aimerait avoir. C'est quand ils se sentent capables d'atteindre cela que les personnes sont le plus à même de remarquer des gaps et de rassembler leurs ressources pour les surmonter."

Et commençons cette lecture par une présentation du projet : "*The mission of TBT is to provide transformational tools to women behind and beyond bars, helping them develop skills in communication, community building, creativity, and caring for self.*"[68]. On retrouve déjà très présent, en une seule phrase, l'idée d'aide externe a minima pour développer des ressources internes. Et l'on reste parfaitement ancrés dans les thèmes de la narrative therapy avec les points forts du programme : "*In terms of the most useful parts of the program, themes related to emotional evolution, insights into bad choices, and increases in self-esteem*."[69].

Avant de passer aux données concrètes, l'auteur rédige l'exemple d'une des patientes : "*An offender in the Truth Be Told program wrote to me about her experiences in the class. She described how she was able to 'get in touch' with her emotions in a new and powerful way. This young woman had been through years of counseling, including eighteen months of cognitive-behavioral therapy during which I was her therapist. She described how her counseling had given her a clear understanding of her irrational and distorting thinking process, but the Truth Be Told program helped her connect with and take ownership of her emotions. Emotions, that she had continued to block during her previous counseling, were now real.*"[70]. Là encore, on peut remarquer que l'idée n'est pas de présenter une thérapie comme supérieure aux autres, mais plutôt de montrer que chaque thérapeute et chaque patient aura une ou plusieurs techniques psychothérapeutiques de prédilection, et que forcer l'utilisation d'une autre technique n'est souvent pas contributif. Une autre patiente aurait peut-être obtenu de bien meilleurs résultats en thérapie cognitivo-comportementale, et n'aurait peut-être retiré aucun bénéfice au programme *Truth Be Told* basé sur la *narrative therapy*.

---

[68] "La mission de TBT est d'apporter des outils aux femmes qui sont derrière les barreaux malgré ce statut, pour les aider à développer leurs compétences de communication, d'interactions sociales, de créativité et d'attention envers elles-mêmes."

[69] "Parmi les parties du programme les plus utiles, on trouve les sujets sur l'évolution des émotions, la conscience des choix délétères, et l'augmentation de l'estime de soi."

[70] "L'une des délinquantes du programme Truth Be Told m'a écrit à propos de son expérience dans le groupe. Elle décrivait comme elle pouvait à présent ressentir ses émotions ("être touchée") de manière plus intense. La jeune femme avait eu un suivi de plusieurs années, dont 18 mois de thérapie cognitivo-comportementale durant lesquels j'ai été son thérapeute. Elle expliquait comme ce suivi lui avait permit de comprendre clairement ses schémas de pensées irrationnels et biaisés, mais que le programme *Truth Be Told* lui avait permis de se réaliser que ses émotions étaient siennes et de se connecter avec elles. Ses émotions, qu'elle persistait à bloquer dans son ancien suivi, était à présent réelles."

Passons enfin, et pour terminer, aux résultats concrets de cette étude : "*The data indicated that TBT has multiple impacts on the inmates'ability to gain insight into the factors that had led to their incarceration, to articulate these factors, and to feel that they have value despite their history of incarceration. [...] It is also clear that the TBT program has an impact on restorative justice. The women articulated their improved ability to understand the situation of others and improved empathy with others. [...] Data suggest that creativity exercises, providing a safe and value-neutral environment to open up, and an experience of "telling one's story" to others were all important components.*"[71]. Nous n'avons pas besoin de détailler de nouveau le premier point, qui est un des objectifs visés et expliqués depuis le début de ce texte. Cependant, les résultats sur l'augmentation de l'empathie - et par voie de conséquence l'ouverture vers la justice réparatrice[72] - est une découverte qui n'était pas nécessairement attendue par les lecteurs. En effet, le gain de conscience de ses émotions, de ses motivations, et du gap avec notre idéal (la vision que l'on aimerait avoir de nous), n'impliquait pas nécessairement un gain de conscience des émotions des autres. Ce résultat est-il seulement dû au fait qu'il s'agit d'un programme mené en milieu pénitentiaire, donc adressé à des femmes qui ont "blessé" (physiquement ou moralement) d'autres personnes, et que l'on peut ainsi inférer que c'est la conséquence d'un défaut (partiel) dans leur capacité à être empathique ? Il est plus intéressant, même si entièrement à démontrer, de

[71] "Les données indiquent que le programme TBT avait des conséquences sur l'augmentation par la femme détenue de sa capacité à prendre conscience des faits (facteurs) ayant conduit à son incarcération, à verbaliser facilement ces facteurs, et à ressentir qu'ils peuvent être positif malgré qu'ils aient conduit à son incarcération. [...] Il semble aussi évident que le programme TBT a un impact sur la justice réparatrice. Les femmes ont pu clairement exprimer qu'elles pouvaient mieux comprendre la situation d'un tiers et avaient une meilleure empathie envers autrui. [...] Les données suggèrent que les exercices de créativité, s'ils sont menés dans un environnement sécurisé et sans jugement qui leur offre un cadre adapté, et les expériences de récits partagés aux autres étaient des éléments importants [de la thérapie]."

[72] La justice réparatrice, ou justice restauratrice, est une forme de justice qui vise à la réparation du dommage commis envers la victime, plus qu'envers la société. Ainsi, la personne qui a commis un acte délictuel ou criminel devra tenter de compenser le tort induit chez la victime; elle aura l'occasion d'exprimer ce qui l'a mené à commettre cet acte (dans quelles circonstances, …) et quel impact cet acte a-t-il eu, et la victime aura la même possibilité, afin que chaque partie puisse comprendre l'autre et se mettre d'accord sur la réparation adéquate. Théorisée dans les sociétés occidentales notamment par Howard Zehr[36] en 1991, elle a été introduite dans le code de procédure pénale français en 2014 (article 10-1[37]) bien que marginalement utilisée : "*A l'occasion de toute procédure pénale et à tous les stades de la procédure, y compris lors de l'exécution de la peine, la victime et l'auteur d'une infraction, sous réserve que les faits aient été reconnus, peuvent se voir proposer une mesure de justice restaurative.*
Constitue une mesure de justice restaurative toute mesure permettant à une victime ainsi qu'à l'auteur d'une infraction de participer activement à la résolution des difficultés résultant de l'infraction, et notamment à la réparation des préjudices de toute nature résultant de sa commission. Cette mesure ne peut intervenir qu'après que la victime et l'auteur de l'infraction ont reçu une information complète à son sujet et ont consenti expressément à y participer. Elle est mise en œuvre par un tiers indépendant formé à cet effet, sous le contrôle de l'autorité judiciaire ou, à la demande de celle-ci, de l'administration pénitentiaire. [...]".

penser qu'une meilleure conscience de ses émotions implique par réaction une meilleure conscience des émotions d'autrui.

Nous avons déjà fait un panorama assez intéressant de la *narrative therapy*, et de ses points de recoupements importants avec le jeu de rôle. Cependant, il nous paraissait intéressant d'accorder un dernier regard sur deux travaux plus périphériques de la *narrative therapy*, ou plutôt qui se rapprochent de la *narrative therapy* sans en être, mais qui ne méritaient pas une section à eux seuls. Le premier travail est un rapprochement entre les théories du développement narratif, les théories de l'attachement et les théories de thérapies systémiques familiales. Ce rapprochement a été présenté par Arlene Veterea et Rudi Dallos dans un article de 2008[38], ils l'ont appelé *Attachment Narrative Therapy* (ANT) ou thérapie narrative de l'attachement.

Une courte introduction des théories narratives de l'attachement vont faire la jonction avec la *narrative therapy* : "Bowlby emphasized from the start that attachments function through our 'working models' - a system of meanings or set of beliefs/expectations about how we see others and ourselves. These attachment representations or internal working models are thought to guide our actions, thoughts and feelings, and help us to make predictions about behaviour in relationships."[73]. Il n'est pas nécessaire a priori d'insister sur les racines communes entre ces théories et celles précédemment développées. Mais les conséquences en termes d'attachement sécure ou non vont rejoindre encore plus ce que nous venons de présenter, notamment sur l'empathie : "*In all the insecure forms of attachment the person has difficulty in being able to reflect on her own and others' experiences - to stand in others' emotional shoes and to be able to reflect back to others that we connect with how they are feeling and thinking. [...] With secure attachment patterns, the expression of both positive and negative feelings will likely be met by acknowledgement, reflection and negotiation - a mix of semantic and emotional responses. However, with more*

[73] "Bowlby souligne dès le début que l'attachement fonctionne grâce à des "modèles de travail" - un système de significations ou un ensemble de croyances/attentes sur comment nous percevons les autres et nous-même. Ces représentations de l'attachement ou modèles de travail internes sont les pensées qui guident nos actions, pensées et sentiments, et qui nous aident à anticiper les comportements dans les relations."

insecure attachment patterns, communication may involve distortions in that we cannot say openly or clearly how we feel and what we need."[74].

Une importante partie de l'article traite ensuite de la transposition de ce modèle dans les thérapies systémiques. Texte hautement intéressant, mais qui nous ferait trop digresser de notre sujet pour un apport minime dans notre travail. Passons directement aux techniques proposées dans l'article, dont nous allons voir tout de suite l'intérêt : "*Under conditions of attachment threat, someone who withdraws emotionally in intimate relationships and downplays the significance of emotion may need help to 'warm up', to take emotional risks. In our view, the systemic approaches and techniques that address an avoidant and dismissing attachment style by encouraging the expression of feelings include: enactments and role plays; empathic questioning and coaching; internalized other interviewing, and other Gestalt techniques, such as the empty chair; caring and comforting; identifying areas of conflict, conflict management and de-escalating unsafe patterns of interaction.*"[75]. C'est là que le recoupement ou regroupement de techniques prend tout son intérêt : les points 2 et 5 (question empathique et guidance, identification des domaines litigieux) sortent directement de la *narrative therapy*, tandis que la première proposition est le jeu de rôle ou la représentation.

Un dernier point sur lequel il paraît intéressant d'insister est les "risques émotionnels" que nous venons d'évoquer dans le dernier extrait. Il faut en effet bien traduire *risk* par "risque" et non "danger" comme souvent. Il s'agit d'opportunités au cours desquelles la personne pourrait ressentir des émotions qu'elle ne désirait pas ou réprimait jusque-là, ou même dont elle n'avait plus la conscience totale. Voilà ce qu'écrivent les auteurs sur ces risques : "*Therapy may be seen as helping people start to take small steps or relational risks*

[74] "Dans toutes les formes d'attachement insécure la personne éprouve des difficultés pour identifier ses propres expériences émotionnelles et celles des autres - se mettre à la place de l'autre sur le plan émotionnel et parvenir à renvoyer à l'autre que l'on perçoit et agit en fonction de ses sentiments et pensées. [...] Dans des modèles d'attachement sécure, l'expression des sentiments positifs et négatifs donnera suite à leur reconnaissance, leur renvoi et un échange dessus - un ensemble de réponses émotionnelles et sémantiques. Par contre, dans des modèles d'attachement moins sécures, la communications peut souffrir d'altérations qui entravent l'expression de ce que l'on ressent ou désire."

[75] "Lorsque l'attachement est en péril, une personne en retrait émotionnellement dans ses relations et qui minimise l'importance (la portée) de ses émotions peut avoir besoin d'être "rallumée", de prendre des risques émotionnels. Dans notre théorie, les approches et techniques systémiques adaptées à un attachement évitant ou rejetant et qui encouragent l'expression des sentiments incluent : la représentation et le jeu de rôle; le questionnement empathique et la guidance; les autres entretiens intériorisés, et les techniques de Gestalt, comme la chaise vide; prendre soin et rassurer; identifier les domaines litigieux et utiliser des modèles d'interactions de gestion des conflits et de désescalade sécure."

within their zone of safety and narrative ability. Therapy can encourage a more secure emotional base for couples and family members, with its emphasis on creating a trusting, non-judgemental and accepting environment within which people can begin to illuminate their emotional experiences, walk around in them with the support and validation of the therapist and begin to process and reprocess emotions."[76]. Il est intéressant de voir ces notions de risques émotionnels, mais également et surtout d'environnement propice (sécurisé, sans jugement, d'acceptation), qui ressemble fortement au regard positif inconditionnel du soignant. Le jeu de rôle se prêtera particulièrement bien à la création de cet environnement, et surtout à l'élaboration de risque émotionnel.

La dernière thérapie "cousine" de la *narrative therapy*, que nous ne ferons qu'aborder, est la *Narrative Exposure Therapy* (NET) ou Thérapie d'Exposition Narrative. Cette thérapie ne manque pas d'intérêt, mais son étude dépasserait de loin les objectifs de ce travail sur le jeu de rôle[77].

II - 2b Le psychodrame (et autres dramathérapies)

Le psychodrame n'est pas une psychothérapie en soi. Il s'agit d'une technique qui, en général, ne se suffit pas entièrement à elle-même, car incluse au sein d'une psychothérapie plus large (tout comme le jeu de rôle). Souvent cité comme le précurseur du jeu rôle thérapeutique, il en diffère cependant par bien des aspects.

Nous préciserons tout de suite que seul le psychodrame sera réellement traité dans cette partie. En effet, le psychodrame fait stricto sensu partie d'un ensemble vaste et hétérogène de techniques regroupées sous le terme de dramathérapies (*drama therapy*, littéralement thérapie par le théâtre, thérapie par l'émotion forte). Les dramathérapies modernes sont nées avec le psychodrame, mais incluent le jeu de rôle, le théâtre, le marionnettisme, le

[76] "On a pu constater que la thérapie avait aidé des personnes à progresser ou à prendre de petits risques relationnels tout en restant dans leur zone de sécurité et dans leur capacité à rapporter (narrer). La thérapie peut induire une base émotionnelle plus sécure pour les couples et les membres d'une famille, en insistant sur la création d'un environnement de confiance, sans jugement et d'acceptation dans lequel ces personnes peuvent découvrir (mettre en lumière) leur expériences émotionnelles, les analyser avec l'aide et l'assentiment du thérapeute et commencer à aborder (traiter) et ré-aborder leurs émotions."

[77] Succinctement, il s'agit d'une thérapie développée pour le psychotraumatisme en alternative à l'EMDR (Eyes Movements Reprocessing and Desensitization), et basée sur le récit. Le lecteur intéressé pourra retrouver dans la bibliographie un article sélectionné sur la comparaison de la NET et de la PE (*Prolonged Exposure therapy*)[39].

mime, … Ce corpus a été théorisé par Phil Jones en 1996[40], mais existait déjà depuis la théorie aristotélicienne de catharsis des arts[78].

Le psychodrame est en lui-même un corpus de différentes techniques développé initialement par Jacob Moreno dès les années 1930 (il a même commencé à travailler sur des sujets très proches dès les années 1920). Il consiste à mettre en action une situation, souvent réelle mais pas nécessairement (parfois partiellement ou entièrement fictive ou hypothétique), afin de pouvoir proposer un travail dessus. Initialement pensé pour une thérapie individuelle, le psychodrame sera par la suite décliné en thérapie collective.

Retracer toute l'histoire du psychodrame ne présente pas dans le cadre de ce travail d'intérêt. En revanche, brosser un portrait actuel de ce corpus hétérogène de techniques, pour en extraire par suite les points de comparaisons avec le jeu de rôle, paraît intéressant. Ce portrait, c'est le travail qui a été fait par Ana Cruz, Célia Sales, Paula Alves et Gabriela Moita en 2018[43]. Il s'agit d'une revue systématique de la littérature, portant sur 21 articles traitant des techniques de psychodrame. Parmi ces articles, les auteurs ont identifié un total de soixante-six techniques, et ont choisi d'étudier les onze techniques majeures, redondantes dans la majorité des articles, qui forment ainsi le cœur du psychodrame. Ils sont ici rapportés tel que dans le texte : "*soliloquy, double, mirror, role reversal, resistance interpolation, sculpture, social atom, intermediate objects, games, sociometry, role training*"[79].

Ces onze techniques ont été détaillées dans l'article source[43], mais seules quatre seront rapportées ici car présentent un intérêt dans le cadre de la comparaison avec le jeu

[78] On retient souvent la notion de catharsis du spectateur de tragédie antique. Cependant, Aristote l'a développé pour tous les arts dans La Politique[41] : "Nous voyons ces mêmes personnes, quand elles ont eu recours aux mélodies qui transportent l'âme hors d'elle-même, remises d'aplomb comme si elles avaient pris un remède et une purgation. C'est à ce même traitement, dès lors, que doivent être nécessairement soumis à la fois ceux qui sont enclins à la pitié et ceux qui sont enclins à la terreur, et tous les autres qui, d'une façon générale, sont sous l'empire d'une émotion quelconque pour autant qu'il y a en chacun d'eux tendance à de telles émotions, et pour tous il se produit une certaine purgation et un allègement accompagné de plaisir. Or, c'est de la même façon aussi que les mélodies purgatrices procurent à l'homme une joie inoffensive.". Ce n'est que dans Poétique[42] que la référence à la tragédie comme parangon de l'art cathartique est évidente : "La tragédie [...] est une imitation faite par des personnages en action et non par le moyen de la narration, et qui par l'entremise de la pitié et de la crainte, accomplit la purgation des émotions de ce genre.".

[79] Ces techniques ne sont pas traduites, car même une traduction au plus près du concept ne sera probablement pas celle choisie par les ouvrages francophones traitant du psychodrame. Une traduction individuelle sera proposée pour celles détaillées ci-après. De plus, pour ne pas surcharger les traductions, l'écriture inclusives et les pronoms neutres ne seront pas rapportés en français.

de rôle. Juste avant d'y venir, il est intéressant de regarder le point de vue des auteurs sur le caractère individuel ou collectif de la thérapie, car cela aura implicitement un impact sur les définitions des techniques : "*Psychodrama is a group format of psychotherapy with deep roots in theater, psychology and sociology. Although preferably performed in a group format, it focuses on the particularities of the individual as the intersection of various relational roles, [...] and roles related to difficulties and potentialities [...]. For this reason, it is said to be an individual therapy in a group format, centered on the protagonist, and the action may take place around the various roles that s/he assumes throughout life.*"[80]. Voici donc les quatre techniques que nous avons sélectionnées :

- "*Soliloquy : Soliloquy is a technique brought by Moreno directly from classical theater where it had artistic aims. [...] For Moreno, the "purpose is to be cathartic", and its "end is the knowledge of oneself". The intention is for the protagonist to externalize the hidden feelings and thoughts, "to reveal deeper levels of the interpersonal world". [...] When the protagonist holds his/her action or becomes ambivalent, the director asks him/her to "think out loud", outside the dramatization dialogue, expressing what s/he thinks and feels in the here-and-now.*"[81]. Le procédé d'une personne externe qui encourage et fluidifie le "jeu" du patient est un procédé intéressant, au-delà même du concept de *soliloquy*. En effet, cela "force" la personne à réfléchir à ses sentiments, ce à côté de quoi elle pourrait passer si on ne l'y incite pas. On obtient ainsi un niveau de réflexion qui se veut proche de la *narrative therapy*, puisqu'on obtient la réflexion de la personne sur sa propre réflexion et sur ses sentiments, qu'on pourrait appeler "métaréflexion", et que cette métaréflexion induit par suite des "métasentiments". La différence principale entre ce *soliloquy* et la technique de jeu de rôle dont nous parlerons en partie III, est que

[80] "Le psychodrame est une thérapie en format groupe avec des racines dans le théâtre, la psychologie et la sociologie. Bien que pratiqué de préférence en format de groupe, il se centre sur les particularités du participant telles que l'entrecoupement de ses différents rôles relationnels, [...] et liés à ses difficultés et opportunités [...]. Pour cela, il est considéré comme une thérapie individuelle en format de groupe, centrée sur le protagoniste, et dont l'action peut se dérouler autour des différents rôles qu'il est amené à avoir durant sa vie."

[81] "*Soliloquy* (monologue, soliloque) : le monologue est une technique importée par Moreno depuis le théâtre classique où il a une visée artistique. [...] Selon Moreno, le "but est d'être cathartique", et sa "finalité est la connaissance de soi". Le dessein est que le protagoniste n'externalise ses sentiments et pensées cachées, "pour mettre en lumière des strates plus profondes du monde interpersonnel". [...] Lorsque le protagoniste se retient dans ses actions ou devient ambivalent, le meneur lui demande de "penser à voix haute", un dialogue externalisé et théâtralisé, exprimant ce qu'il pense et ressent dans l'ici et maintenant."

dans le jeu de rôle cette métaréflexion peut être induite pendant la partie, mais a également toute sa place après, en *debriefing*. Mais nous y reviendrons en temps utiles.

- "*Resistance Interpolation : The interpolation of resistances may be used to test the capacity of the protagonist to face a situation : when it is used unexpectedly, it will test the spontaneity of his/her response, while providing an opportunity to train his/her flexibility and discover new possibilities in face of an unfavorable situation. [...] As a technique, it consists on the modification, by the director, of the scene presented by the protagonist. S/he presents his/her scene according to his/her point of view, based on an argument and certain expectations about its outcome. The director introduces modifications (e.g., modifies the characteristics of the dramatic context and/or the complementary roles) through indications to the auxiliary ego: introducing unforeseen factors that lead the protagonist to act spontaneously, revealing forms of behavior and personality.*"[82]. Cette mécanique, qui n'est pas nécessaire en psychodrame, peut faire partie intégrante du jeu de rôle. Le terme de jeu de rôle est trop large pour des généralités, mais lorsqu'on parle de jeu de rôle sur table, dont le script (s'il existe) n'est pas connu des joueurs qui interprètent des personnages joueurs, les joueurs vont de fait devoir gérer de manière spontanée des situations inopinées. Cette mécanique est plus ou moins présente selon le scénario, qui peut laisser entrevoir une trame prévisible pour les joueurs, mais également jouer sur une fausse trame apparente pour accentuer la gestion de l'imprévu. La différence majeure étant qu'en psychodrame, les patients se jouent le plus souvent eux-mêmes, alors qu'en jeu de rôle sur table ils interprètent un personnage.
- "*Games : Dramatic games were referred to in about a quarter of the revised references. [...] There is a wide variety of games ranging from improvisation and character play to collective creation. The main objective is to provide an opportunity*

[82] "*Resistance Interpolation* (interpolation, remaniement de la résistance) : Le remaniement des résistances peut être utilisé pour évaluer la capacité du protagoniste à gérer une situation : quand elle est utilisée sans le prévenir, elle testera la spontanéité de sa réponse, et offrira une opportunité d'aiguiser sa flexibilité et de découvrir de nouveaux moyens d'affronter une situation désavantageuse. [...] Comme technique, elle consiste en la modification, par le meneur, de la scène présentée par le protagoniste. Il présente sa scène selon son point de vue, selon un argument et des attentes sur sa finalité. Le meneur introduit des modifications (par exemple, modifie les caractéristiques du contexte de la scène ou des personnages secondaires) par des indications aux auxiliaires: il introduit des facteurs imprévus avec lesquels le protagoniste joue spontanément, révélant certains comportements ou personnalités."

to freely express the inner world and externalize a fantasy through the representation of a role, or bodily activity. [...] Although they are play activities, they reflect personal aspects that can help the director to move from the game to the reality."[83]. Nous n'aurons pas besoin de faire plus de parallèle, chacune de ces phrases reflètent des aspects importants du jeu de rôle sur lesquels nous auront l'opportunité de revenir dans la suite de ce travail.

- "*Role Training : Role training aims to create situations for the development,and training of a certain role in conditions very close to the real situation yet in a protected way. It can be used as well as a diagnostic method. [... It] can be operationalized in two ways: the person is asked to play a role that is not normally theirs, or the person is asked to play his/her own part, but not in the setting in which it is normally played.*"[84]. Cette dernière méthode se passe également de commentaire, étant un jeu de rôle par elle-même.

Comme dit plus haut, le psychodrame regroupe de nombreuses autres techniques, mais les principaux points de recoupement avec le jeu de rôle ont été ici mis en valeur. Il s'agit par essence d'une technique proche, et qui parfois peut même inclure des jeux de rôle qui ne disent pas leur nom, étant toutes deux regroupées dans les dramathérapies (bien que ce terme soit discutable, le jeu de rôle comme le psychodrame comportant de nombreuses composantes thérapeutiques en dehors de l'émotion et de la catharsis)[85].

II - 2c Jeux vidéo

La frontière entre la thérapie par jeux vidéo et jeux de rôle est floue, pour la raison que la plupart des jeux vidéo utilisés en psychothérapie sont ce qu'on appelle des "jeux de rôle".

---

[83] "*Games* (jeux) : Les jeux théâtraux sont référencés dans environ un quart des références étudiées. [...] Il existe une grande variété de ces jeux allant de l'improvisation et de la prestation de personnage à des œuvres collectives. L'objectif principal est d'apporter l'opportunité d'exprimer librement son monde intérieur et d'externaliser l'imagination (*a fantasy*, une pensée imaginaire) à travers la représentation d'un rôle, ou d'une activité corporelle. [...] Même s'ils s'agit d'activités ludiques, elles reflètent des aspects personnels qui peuvent aider le meneur à passer de jeu à réalité."

[84] "*Role training* (entraînement de rôle) : L'entraînement de rôle vise à créer des situations pour développer, et s'entraîner à jouer un certain rôle dans des conditions proches de la réalité mais de manière protégée. Il peut être utilisée comme une méthode diagnostique. [... Il] peut être mis en œuvre de deux façons : on demande à la personne de jouer un rôle qui n'est pas normalement le sien, ou on lui demande de jouer son propre rôle, mais pas dans le cadre où il est normalement interprété."

[85] Les lecteurs qui souhaitent aller plus loin dans le psychodrame trouveront de nombreux travaux et livres intéressants pour cela. Nous avons sélectionné un dernier article que nous n'étudierons pas ici plus avant, d'Adrien Blanc and Jerôme Boutinaud : *Psychoanalytic psychodrama in France and group elaboration of counter-transference: Therapeutic operators in play therapy*[44].

Cependant, avant de détailler plus le sujet, on peut mentionner que de plus en plus de disciplines médicales développent des jeux vidéo en dehors de la psychiatrie, et notamment la neurologie (pour les troubles cognitifs) ou la médecine physique et réadaptation (pour les troubles de la marche)[86].

Le jeu vidéo de rôle est très souvent abrégé en jeu de rôle, ce qui alimente une certaine confusion. S'il porte ce nom, c'est parce qu'il s'inspire directement du jeu de rôle sur table, dont il va reprendre tout ou parties des codes, de l'univers, … Genre de jeu vidéo ancien, qui a fait ses début auprès du public par Akalabeth: World of Doom[C.16][87] d'abord, puis par la série Ultima[C.17], pour devenir aujourd'hui l'un des principaux genres de jeux vidéo[88]. Nous préciserons juste qu'il existe des liens de plus en plus étroits entre jeux vidéo et psychothérapie, et pas seulement dans la catégorie des jeux vidéo de rôle, mais il s'agit encore d'un domaine très spéculatif et peu étudié.

Le jeu vidéo de rôle n'est lui-même pas un domaine très étudié bien que de plus en plus. L'article que nous avons choisi pour illustrer cette section a l'avantage d'établir (du moins c'est son objectif) des passerelles entre jeux vidéo (de rôle) et *narrative therapy*. Il s'agit d'un article de Gilbert Franco de 2016 qui s'intitule *Video games as a therapeutic tool in the context of narrative therapy*[46].

Le temps de jeu sur un jeu vidéo n'est alors qu'une technique qui permet de mettre en place une *narrative therapy* accessible, comme auraient pu l'être d'autres outils : "*Rather than using family or narrative therapies to treat videogame addiction, it may serve narrative therapists to adopt video games as a tool in narrative therapy. [...] Boardgames, videos, and art are often used by therapists to enable their clients to address therapeutic concerns. In that same vein, videogames can be integrated into the narrative therapy model as tools that can enable clients to externalize their problems and re-author their experiences.*"[89]. Le jeu

[86] Les jeux dont l'objectif est thérapeutique sont souvent regroupés sous le nom de Serious Games.

[87] On peut noter que le titre originel de ce jeu, avant sa commercialisation, était D&D28b, car il était le 28e jeu créé par Richard Garriott et inspiré de Donjons & Dragons, ce qui montre l'ancienneté du genre avant son développement commercial.

[88] Pour aller plus loin sur l'histoire du jeu de rôle informatique, le lecteur peut lire l'ouvrage de Matt Barton, Dungeons and Desktops: The history of computer Role-Playing Games[45].

[89] "Plutôt que d'utiliser des thérapies narratives ou familiales pour traiter l'addiction aux jeux vidéo, il peut être utile aux thérapeute narratifs d'utiliser les jeux vidéo comme un outil de *narrative therapy*. [...] Les jeux de société, les vidéos, et l'art sont souvent utilisés par les thérapeutes pour permettre à leurs clients de parler de leurs inquiétudes. Dans le même esprit, les jeux vidéo peuvent être intégrés dans un modèle de *narrative*

vidéo est ici présenté comme un média proche d'autres qui sont déjà utilisés et efficaces. L'idée semble toujours la même : que le patient exprime des choses sur lui (ses émotions, ses préoccupations, …) tout en partant d'un autre média.

La "spécificité" des jeux vidéo de rôle permet au thérapeute l'utilisation suivante : "*Players can create a character of their choice and interact with the open-ended world in different ways. They can create a heroic character that interacts with the world in a socially constructive manner. They can also choose to create a villainous character or a character that is morally ambiguous. In short, clients can participate in stories that they author within the constraints of the game environment. A narrative therapist can use an RPG to enable a client to explore alternate stories for themselves. They can explore the consequences of their actions via RPG's and can then process these with the therapist in session.*"[90]. On aperçoit ici tout le potentiel mais aussi les limites du jeu vidéo de rôle. En effet, la première limite et non la moindre est que le jeu vidéo est par essence limité : l'environnement, les personnages non joueurs, les dialogues, tout est informatiquement codé. Ainsi, le joueur sera de fait limité dans ses choix et interactions par le travail et l'imagination des créateurs du jeu[91]. Au-delà même des limitations dans l'univers, le joueur est limité à l'univers d'un seul jeu à la fois, et c'est bien ce qui est relevé par l'auteur : "*A limitation to using videogames in the context of narrative therapy is that enabling clients to create preferred narratives may be limited to the rules and context of the videogame.*"[92]. Enfin, une dernière limite que nous relèverons ici est en écho direct avec l'exemple choisi par l'auteur; les jeux vidéo de rôle directement inspirés de jeux type Donjons & Dragons sont empreints de

---

therapy comme outils pour permettre aux clients d'extérioriser leurs problèmes et de reformuler leurs expériences."

[90] "Les joueurs peuvent créer un personnage à leur convenance et interagir avec un monde ouvert de différentes manières. Ils peuvent créer un personnage héroïque qui interagit avec le reste du monde d'une manière socialement constructive. Ils peuvent aussi choisir de créer un personnage sans scrupules ou un personnage moralement ambigu. En clair, les clients peuvent prendre part à une histoire qu'ils écrivent dans les limites des contraintes de l'environnement du jeu. Ils peuvent également scruter les conséquences de leurs actions dans un jeu vidéo de rôle et peuvent ensuite y travailler avec le thérapeute en session."

[91] Cette limitation est d'autant plus vraie selon les jeux utilisés. Par exemple, l'auteur de l'article parle d'utiliser le jeu Morrowind[C.18]. Pourtant, ce jeu est particulièrement limité dans ses interactions sociales, le jeu n'offrant que très peu de dialogues, la plupart des personnages non joueurs ayant plus un monologue auquel le joueur ne répond pas. A l'inverse, un jeu vidéo de rôle comme Arcanum[C.19] est plus adapté pour mettre en place des interactions sociales car plus riche dans sa programmation des dialogues.

[92] "Une limite à l'utilisation des jeux vidéo dans le contexte de la *narrative therapy* est que la possibilité des clients de créer des narrations proches de leurs idéaux peut être limité par les règles et le contexte du jeu vidéo."

manichéisme (“un personnage héroïque”, “un personnage sans scrupules”, …), ce qui peut être un frein dans une *narrative therapy*.

Dès lors que nous avons énoncé toutes ces limitations, pourquoi choisir le jeu vidéo de rôle ? Il possède un avantage incontestable sur les autres formats de thérapies et notamment sur le jeu de rôle sur table. “*For example, a narrative therapist can give a homework assignment to a client [...]. The therapist can ask the client to create a character that has a similar story to the client’s current dominant story.* [...] *After processing the results of the homework assignment, the therapist can then assign the client a homework assignment that involves creating a character that reflects their preferred narrative.*”[93]. Ainsi, le jeu vidéo est une thérapie qui peut être pour partie exécutée par le patient à son domicile, et seulement reprise et travaillée en cabinet. A l’inverse, le jeu de rôle sur table nécessite la présence du meneur pour être exécutée. A cette limitation, on pourrait noter que la programmation et la création d’un jeu vidéo nécessite un temps de travail bien plus conséquent que celle d’un jeu de rôle, et mobilise du temps de travail en amont pour en économiser en aval; il s’agit de fait de temps soignant puisqu’il faut penser et écrire les interactions et événements censés guider le patient. On peut noter, du fait de cette limitation, que l’auteur de l’article utilise un jeu vidéo déjà créé mais non pensé pour le soin (Morrowind[C.18]).

En terminant d’analyser le dernier extrait rapporté ci-dessus, on peut voir comment le jeu vidéo s’inscrit pleinement dans la *narrative therapy*. Par sa nature qui permet de jouer des personnages très différents d’une partie à l’autre, il permet d’explorer différents comportements, différentes attitudes, différentes interactions, … et d’analyser les sentiments que cela suscite chez le joueur.

II - 2d Thérapie d’exposition par réalité virtuelle

De nature proche des jeux vidéo que l’on vient de traiter, mais avec des objectifs très différents, la thérapie d’exposition par réalité virtuelle (*Virtual reality exposure therapy* ou VRET) est une technique spécifique de thérapie d’exposition pour les troubles anxieux et les

[93] “Par exemple, un thérapeute narratif peut donner des devoirs à un client. Le thérapeute peut demander au client de créer un personnage dont l’histoire est similaire à son histoire personnelle. [...] Après avoir fait ce devoir, le thérapeute peut demander au client un devoir qui consiste à créer un personnage qui reflète leur vision préférée.”

troubles post-traumatiques. Il existe plusieurs technologies permettant de l'utiliser, bien qu'elle soit pour l'instant souvent cantonnée aux casques de réalité virtuelle.

On peut déjà noter que la thérapie d'exposition par l'imagination possède une efficacité propre, prouvée, et que ses principes sont pour certains très proches du jeu de rôle. En effet, s'il ne s'agit pas d'incarner un personnage ou même nous-mêmes; il s'agit de mentaliser des phénomènes, objets, personnes, … qui ne sont pas présents, et d'utiliser ces situations fictives pour atteindre un objectif thérapeutique.

Partant de la thérapie d'exposition, il est logique que des thérapeutes aient voulu faciliter l'immersion et se débarrasser du facteur incertain qu'est l'imagination en utilisant les technologies de réalité virtuelle. Ainsi est née la VRET. Et on peut déjà noter ce court extrait d'une méta-analyse de 2017 de Cristina Botella, Javier Fernandez-Álvarez, Verónica Guillén, Azucena García-Palacios et Rosa Baños[47] : "*VRET is not considered a new form of therapy, but rather a technological adjunct that can help the clinician to apply treatments more ecologically and effectively*."[94]. Cependant, la thérapie d'exposition première n'est pas imaginative mais réelle, et se réalise "in vivo"[95].

L'article que nous avons sélectionné pour étudier un peu plus avant la question de la VRET est une méta-analyse de 2012 de Raquel Gonçalves, Ana Lúcia Pedrozo, Evandro Silva Freire Coutinho, Ivan Figueira et Paula Ventura[48] qui utilise la VRET comme traitement dans le PTSD. Cette analyse porte sur dix articles, et tend vers une efficacité de la VRET, mais sans supériorité par rapport à la thérapie d'exposition, ce qui semble logique si l'on considère la VRET comme une modalité de cette thérapie : "*Preliminary data suggest that VRET is as efficacious as traditional exposure treatment and can be especially useful in the treatment of patients who are resistant to traditional exposure.*"[96].

---

[94] "La thérapie d'exposition par réalité virtuelle n'est pas considérée comme une nouvelle forme de thérapie, mais plutôt comme un complément technologique qui peut aider le clinicien à dispenser des traitements de manière plus efficace et écologique (plus ciblée et adaptée au problème)."

[95] C'est de là que naît le principal problème de la thérapie d'exposition : la ou les premières séances sont particulièrement difficiles pour le patient, car entraînent non une diminution mais plutôt une augmentation des symptômes. Le taux d'abandon de la thérapie peut aller, selon les études, jusqu'à 50% des participants à une telle thérapie. L'usage de la réalité virtuelle ne semble pas modifier ce taux d'abandon de manière significative.

[96] "Les données préliminaires suggèrent que la VRET est aussi efficace que la thérapie d'exposition classique et peut être particulièrement utile pour le traitement des patients qui sont résistants à l'exposition classique."

Comme dit plus haut, l'usage de la réalité virtuelle se justifie afin de contrôler au maximum l'exposition, et de pouvoir adapter chacune de ses composantes (temps, intensité, …) aux possibilités psychiques du patient : "*This technological apparatus allows gradual exposure to the feared environment according to the needs of each patient. In addition, it can be used in situations where time is limited, as well as in situations that are difficult to control or unpredictable or that could put the patient at risk if the exposure were performed in a real situation*."[97]. L'un des espoirs de ces possibilités était de diminuer le taux d'abandon de la thérapie. Si cet objectif n'est pour l'instant pas rempli, le deuxième rationnel qui permet une exposition virtuelle à des situations potentiellement dangereuses reste d'actualité (bien que cela soit plus vrai pour les phobies, comme l'acrophobie, que pour le trouble de stress post-traumatique).

Bien entendu, les limites sont les mêmes que celles dont nous avons pu discuter pour les jeux vidéo : "*A problem involved in using VRET in comparison to traditional exposure is related to the difficulty of constructing a context that refers precisely to the traumatic memory of the patient. Due to its high financial cost, it would be almost impossible to follow the idiosyncratic method, which means personalizing the virtual environment according to the perspective of each patient related to the trauma.*"[98]. Cependant, les auteurs font par la suite une ouverture sur les évènements traumatiques de groupe, qui semblent plus adaptés car un environnement servira pour plusieurs patients. Cette vision est réductrice du vécu de l'expérience traumatique qui n'est pas nécessairement objective; cependant, on peut imaginer des "patterns" (modèles) généraux auxquels on pourrait ajouter ou soustraire une "banque" de personnes, évènements, détails, … afin d'adapter rapidement et à moindre coût l'environnement.

La thérapie d'exposition par réalité virtuelle ne s'arrête pas aux usages définis ici. On peut simplement mentionner sans aller plus loin que d'autres technologies et usages sont

[97] "Ce dispositif technologique permet une exposition graduelle à l'environnement craint selon les besoins de chaque patient. De plus, il peut être utilisé dans des situations où le temps est un obstacle, ou dans des situations que l'on ne peut que difficilement contrôler ou erratiques ou qui pourraient être dangereuses pour le patient si l'exposition était en situation réelle."

[98] "Un problème consécutif à la VRET par rapport à l'exposition classique est lié à la difficulté de créer un contexte qui se réfère précisément au souvenir traumatique de chaque patient. Du fait de son haut coût économique, il serait impossible de suivre la méthode idiosyncrasique, qui signifie de personnaliser l'environnement virtuel selon les besoins et attentes de chaque patient en lien avec le traumatisme."

mentionnés dans la première méta-analyse citée[47]. Notamment, on retrouvera une ouverture brève sur la réalité augmentée (RA), qui permet d'inclure dans l'environnement réel des éléments numériques surajoutés. Cette technologie commence à intéresser également quelques chercheurs et cliniciens.

Si l'on résume, la réalité virtuelle partage avec le jeu de rôle la transposition dans un autre lieu et/ou temps. La transposition de rôle n'a à notre connaissance pas encore été testée ou du moins étudiée dans le cadre de la réalité virtuelle. Elle partage bien entendu les mêmes limitations que le jeu vidéo, et là où l'environnement virtuelle est codé et limitatif, le jeu de rôle n'est borné que par l'imagination du patient. On lui reconnaîtra cependant l'avantage d'être contrôlée, et de permettre au thérapeute d'être parfaitement au courant de ce que perçoit le patient, et de pouvoir en régler chaque détail.

II - 3 Fondements théoriques du jeu de rôle psychothérapeutique

Au travers de la partie précédente, nous avons déjà perçu de nombreuses notions importantes pour le jeu de rôle. La *narrative therapy* a apporté notamment une vision personnelle et sociale de l'identité, et des techniques d'aide au changement basées sur cette vision. Le psychodrame a apporté un panel de techniques transposables pour partie dans le jeu de rôle afin de faire progresser le patient dans la conceptualisation et la gestion de ses problèmes. Les jeux vidéo et la réalité virtuelle nous ont conforté dans l'efficacité d'un environnement virtuel, et donc non-réel.

A présent, nous allons lister certains des autres principes sur lesquels s'appuient le jeu de rôle. Chacun de ces faits a été étudié scientifiquement, et non seulement empiriquement.

II - 3a La formation du récit

Avant même de s'intéresser à la spécificité du jeu de rôle, il est intéressant de voir que le jeu de rôle est en fait la création collective d'une histoire. Hors, la création d'une histoire a un rôle thérapeutique propre.

Ce rôle thérapeutique a été étudié par James Pennebaker et Janel Seagal dans un article paru en 1999[49]. Et voici comment les auteurs exposent les bases théoriques : "*The guiding assumption of the present work is that the act of constructing stories is a natural human process that helps individuals to understand their experiences and themselves. [...] Once an experience has structure and meaning, it would follow that the emotional effects of that*

experience are more manageable. Constructing stories facilitates a sense of resolution, which results in less rumination and eventually allows disturbing experiences to subside gradually from conscious thought."[99]. Cette hypothèse de base est extrêmement riche en quelques phrases, mais la partie qui nous intéresse le plus est l'enrichissement de compréhension et de sens de l'évènement par sa simple reformulation et intégration dans une histoire.

On retrouve ici des parallèles avec la *narrative therapy*, où ce n'est pas tant le gap que le manque de conscience de celui-ci qui est pathogène. L'hypothèse s'applique ici plus aux évènements anxiogènes ou traumatiques, et c'est son manque de sens pour le patient qui entraîne les troubles[100].

Ce travail fait suite à une succession d'études précédentes. Et il est intéressant pour nous, dans le cadre de ce travail sur le jeu de rôle, de voir que le caractère oral ou écrit ne change pas les résultats : "*Although most experiments have focused primarily on writing, a few studies have compared writing with talking into a tape recorder. Overall, writing and talking have produced comparable effects.*"[101]. Ainsi, il semble que les résultats que nous allons présentés seront transposables à la création d'un récit oral, et donc au jeu de rôle sur table.

Un travail a été fait dans le psychotraumatisme, dont on a pu démontrer que l'expression écrite sur l'expérience vécue réduisait les symptômes. Deux groupes d'étudiants qui ont subi des évènements traumatisants ont eu à écrire pendant quelques sessions, soit sur cet évènement, soit sur des sujets "triviaux" : "*During the school year, we followed the students'*

---

[99] "L'hypothèse qui guide ce travail est que l'acte de construire des histoires est un processus humain naturel qui aide les personnes à comprendre leurs expériences et eux-mêmes. [...] Une fois que l'expérience possède une structure et un sens, les effets émotionnels de cette expériences semblent par suite plus faciles à gérer. Construire des histoires facilite le sentiment de résolution, qui entraîne une diminution des ruminations et finalement permet aux expériences perturbantes de progressivement ne plus envahir de la pensée consciente."

[100] On peut noter que dans le cadre des troubles post-traumatiques, cette hypothèse est particulièrement intéressante. En effet, des études ont pu démontrer que les événements les plus potentiellement traumatogènes étaient ceux qui étaient volontairement induits par un tiers (torture, viol, …). Il semble que ce soit l'existence de cette volonté tiers qui soit un facteur décisif dans l'induction du vécu traumatique. On peut inférer que ce soit le caractère incompréhensible de cette volonté (sur laquelle le patient ne peut mettre un sens) qui soit traumatogène.

[101] "Bien que la plupart des essais se soient concentrée sur l'écriture, quelques études ont comparé l'écriture avec la parole dans un dictaphone. Dans l'ensemble, l'écriture et la parole ont produit des effets comparables."

illness visits to the university health center in the months before and after the experiment. We discovered that those who had written about their thoughts and feelings drastically reduced their doctor-visit rates after the study compared to our control participants who had written about trivial topics. Confronting traumatic experiences had a salutary effect on physical health.”[102].

Et cette expérience a pu être déclinée sous de nombreuses variantes. Parmi elles, le fait de faire écrire les étudiants non sur leur propre évènement psychotraumatique, mais sur un autre fictif : “*Most impressive is a recent study by Greenberg, Wortman, and Stone (1996*[50]*) wherein previously traumatized students were asked to write about an imaginary trauma rather than something they had experienced directly. Their results indicated that writing about someone else’s trauma as though they had lived through it produced health benefits comparable to a separate group who wrote about their own traumas.”*[103]. Ainsi, c’est bien la formation d’un écrit, et non la reformulation d’évènements personnels qui semble thérapeutique. Le simple fait de donner du sens à des évènements psychotraumatiques, même si ce ne sont pas ceux vécu par le patient, lui permet de mieux gérer les émotions et réactions induites par son propre vécu.

Mais à partir de ces constatations, on peut se demander qu’est-ce qui est finalement thérapeutique dans la création du récit. Qu’est-ce qui distingue le fait d’écrire sur un traumatisme fictif par rapport à des “sujets triviaux” ?. La réponse va venir d’une analyse minutieuse des textes produits : “*Not being content with clinical evaluations, we decided to subject the essays to computer-text analyses to learn if language use could predict improvements in health among people who had written about emotional topics. [...] Analyzing the use of negative- and positive-emotion words, two important findings were revealed (Pennebaker, Mayne, & Francis, 1997). First, the more that people used positive-emotion words, the more their health improved. Negative-emotion words use also predicted*

[102] “Durant l’année scolaire, nous avons suivi les visites médicales des étudiants à l’infirmerie de l’université dans les mois précédant et suivant l’expérience. Nous avons découvert que ceux qui avaient écrit à propos de leurs pensées et de leurs sentiments réduisaient drastiquement leur fréquence de visite médicale après l’étude par rapport au groupe contrôle qui avait écrit à propos de sujets triviaux. Se confronter à ses expériences traumatiques a eu un effet bénéfique sur la santé physique.”

[103] “Plus impressionnante est une étude récente de Greenberg, Wortman, et Stone (1996[50]) dans laquelle on a demandé à des étudiants ayant subi un évènement psychotraumatique d’écrire à propos d’un traumatisme imaginaire plutôt que sur celui qu’ils ont directement vécu. Ses résultats indiquaient qu’écrire à propos l’évènement psychotraumatique de quelqu’un d’autre comme s’ils l’avaient vécu induisait des bénéfices sanitaires comparable à un autre groupe d’étudiants qui avaient écrit à propos de leurs propres traumatismes.”

health changes but in an unexpected way. Individuals who used a moderate number of negative emotions in their writing about upsetting topics evidenced the greatest drops in physician visits in the months after writing. That is, those people who used a very high rate of negative-emotion words and those who used very few were the most likely to have continuing health problems after participating in the study. [...] In other words, those people who tended to use many words in the positive category and a moderate amount in the negative category had the greatest health improvements."[104].

Et avant d'analyser ces résultats, terminons avec l'autre analyse des auteurs. En plus des mots ayant une valence émotionnelle, ils ont également analysée l'utilisation des termes qu'ils appellent "de causalité" et "de conscience" : "*Although the findings concerning emotion words use was intriguing, the results surrounding the cognitive word categories were even more robust. Recall that in our studies, people wrote for 3-5 days, 15-30 minutes per day. As they wrote, they gradually changed what they said and how they said it. The LIWC analyses showed strong and consistent effects for changes in insight and causal words over the course of writing. Specifically, people whose health improved, who got higher grades, and who found jobs after writing went from using relatively few causal and insight words to using a high rate of them by the last day of writing.*"[105].

---

[104] "Ne se satisfaisant pas des évaluations cliniques, nous avons décider de soumettre les écrits à l'analyse informatique de texte pour savoir si l'utilisation du langage pouvait prédire les améliorations de santé parmi les étudiants ayant écrit sur les sujets émotionnels. [...] En procédant à l'analyse de l'utilisation des mots ayant une valence émotionnelle positive et négative, deux résultats importants ont été mis au jour (Pennebaker, Mayne, & Francis, 1997). Premièrement, plus les gens utilisaient de mots à valence émotionnelle positive, plus leur santé s'améliorait. L'utilisation des mots ayant une valence émotionnelle négative prédisait aussi des changements de santé mais de façon inattendue. Les personnes qui utilisaient un nombre modéré de ces mots dans leurs écrits de sujets difficiles ont présenté les plus fortes diminutions de visites médicales dans les mois suivant l'écrit. Cela étant, les personnes ayant utilisé grand nombre de mots ayant une valence émotionnelle négative et ceux qui en ont utilisé très peu ont été ceux dont les problèmes de santé ont le plus perduré après leur participation. [...] Dit autrement, ces personnes qui ont utilisé beaucoup de mots connotés positivement et un taux modéré de mots connotés négativement sont ceux qui ont eu les plus grandes améliorations de leur santé."

[105] "Bien que les résultats concernant l'usage des mots ayant une valence émotionnelle était intéressant, les résultats concernant l'utilisation des catégories de mots réflexifs (*cognitive*) étaient encore plus robustes. Rappelons que dans notre étude, les personnes écrivaient pendant 3 à 5 jours, 15 à 30 minutes par jour. Alors qu'ils écrivaient, ils ont changé progressivement le fond et la forme de leur écrit. Les analyses informatiques (LIWC, *Linguistic Inquiry and Word Count*, Investigation Linguistique et Décompte des Mots) ont montré des résultats solides et persistants liés aux changements de taux d'utilisation des termes de causalité et de conscience au fur et à mesure des sessions. Précisément, les personnes dont la santé s'est améliorée, qui ont obtenu de meilleures notes, et ont trouvé un travail après les sessions d'écriture ont commencé par utiliser relativement peu de termes de causalité et de conscience pour arriver à un usage important de ces termes dans les derniers jours d'écriture."

Nous n'aurons pas besoin d'aller beaucoup plus loin que la conclusion des auteurs concernant l'hypothèse d'interprétation de ces résultats : "*Once a complex event is put into a story format, it is simplified. The mind doesn't need to work as hard to bring structure and meaning to it. As the story is told over and over again, it becomes shorter, with some of the finer detail gradually leveled. The information that is recalled in the story is that which is congruent with the story. Whereas the data (or raw experience) was initially used to create the story, once the story is fixed in the person's mind only story-relevant data is conjured up. Further, as time passes, we have the tendency to fill in gaps in our story to make the story more cohesive and complete. The net effect of constructing a good narrative is that our recollection of emotional events is efficient - in that we have a relatively short, compact story - and undoubtedly biased. Ironically, then, good narratives can be beneficial in making our complex experiences more simple and understandable but, at the same time, they distort our recollection of them. Translating distress into language ultimately allows us to forget or, perhaps a better phrase, move beyond the experience.*"[106].

L'exemple qui a été pris ici a été celui des évènements psychotraumatiques. Cependant, il serait intéressant de reproduire l'expérience avec d'autres troubles (anxieux, dépressifs) ou simplement avec des évènements de vie "dérangeants" pour la personne sans qu'ils ne coïncident avec des diagnostics formels.

Dans tous les cas, la formulation et la répétition d'une histoire ont un rôle thérapeutique propre. Et nous défendrons sans difficultés que le fait de jouer une histoire est une manière particulièrement efficiente de la retenir, de se l'approprier. Ainsi, ces résultats ont probablement toute leur place dans le jeu de rôle utilisé comme psychothérapie.

[106] "Une fois qu'un évènement complexe est mis en forme pour être une histoire, il est simplifié. L'esprit n'a plus besoin d'efforts pour qu'il ait une structure et un sens. Et alors que l'histoire est narrée et répétée, elle devient plus courte, les détails les plus fins sont progressivement nivelés. L'information qui est répétée dans l'histoire est celle conforme à cette histoire. Tandis que les données objectives (l'expérience brute) ont servi à créer l'histoire, une fois l'histoire ancrée dans l'esprit de la personne seules les données pertinentes pour l'histoire sont encore évoquées. Plus tard, avec le temps, nous avons tendance à combler les vides de notre histoire pour la rendre plus cohérente et complète. L'effet propre de la construction d'un bon récit est que notre souvenir des évènements émotionnels est efficace - c'est cela qui fait que nous avons une histoire relativement courte, concise - et indubitablement biaisée. Ironiquement, alors, les bonnes narrations peuvent être bénéfiques en modifiant nos expériences complexes en les rendant plus simples et compréhensibles mais, parallèlement, déforme le souvenir que l'on en a. Traduire la souffrance dans le langage permet *in fine* d'oublier ou, peut-être mieux formulé, d'avancer au-delà de l'expérience."

II - 3b L'étude du jeu de rôle par le prisme psychologique

Cette section va regrouper en son sein de nombreuses études et théories sur le jeu de rôle, selon les différentes écoles psychothérapeutiques. Nous allons nous baser notamment sur le travail de Sarah Lynne Bowman et Andreas Lieberoth, qui ont rédigé le chapitre *Psychology and Role-Playing Games* du livre *Role-Playing Game studies: Transmedia foundations*[51]. Alors que le livre est une étude sur de nombreuse formes de jeux de rôle, tente d'en donner une définition, de circonscrire cette activité, et en développe plusieurs approches scientifiques, ce chapitre 13 se concentre sur l'aspect psychologique du jeu de rôle.

Et cet aspect est, pour les auteurs, omniprésent : "*Role-playing games (RPGs) can be ludic, narrative, and social – but they are always on some level psychological experiences. The role-playing experience offers possibilities for studying psychological phenomena like personality and identity. Similarly, the discipline of psychology offers designers and practitioners of RPGs frames of interpretation and models for design. The term "role-playing" appeared in the psychological literature as early as 1943 (Lippitt, 1943).*"[107]. Il est déjà intéressant de voir que les deux points choisis comme exemples emblématiques d'études à travers le jeu de rôle sont ceux sur lesquels nous avons nous-même déjà insisté, notamment à travers la *narrative therapy*, à savoir la personnalité et l'identité. On notera également que si les auteurs s'arrêtent dans l'introduction à l'étude de ces phénomènes, ils ouvrent déjà la porte de la littérature scientifique. Et en effet, le jeu de rôle n'a pas une vocation seulement scolastique ou diagnostique, bien que celle-ci ne soit pas à négliger.

La première étude qui est faite est par le prisme de la psychologie développementale, qui est définie par les auteurs comme suit : "*Developmental psychology examines the growth of the mind throughout the human lifespan with an emphasis on child development*."[108].

En commençant par l'enfance, les auteurs ont constaté que le jeu de rôle n'avait été pratiqué que pour des enfants déficitaires dans un ou plusieurs domaines : "*While many*

[107] "Les jeux de rôle peuvent être ludiques, narratifs, et social - mais ils sont toujours à divers degrés des expériences psychologiques. L'expérience de la performance de rôle offre des possibilités d'études de phénomènes psychologiques tels que la personnalité et l'identité. De même, la psychologie comme discipline offre aux créateurs et joueurs de jeux de rôle de concevoir des cadres d'interprétations et des modèles. Le terme "role-playing" apparaît dans la littérature psychologique dès 1943 (Lippitt, 1943)."

[108] "La psychologie développementale étudie le développement de l'esprit tout au long de la vie avec une attention particulière pour le développement dans l'enfance."

studies have addressed fantasy play and role taking in children, few have directly involved RPGs. Only a couple of RPG-based interventions have been documented in groups with special needs (Zayas and Lewis 1986; Rosselet and Stauffer 2013). Here, psychiatrists and case workers observed increases in self-efficacy among participating children and adolescents, finding the game context to be a useful social and behavioral scaffolding for development of impulse control (Enfield 2006; Rosselet and Stauffer 2013)."[109]. Il peut être intéressant, bien que cela s'éloigne du but de ce travail, de s'attarder un instant sur l'étude de Julien Rosselet et Sarah Stauffer de 2013[52]. Voici un extrait de son résumé, qui synthétise les apports principaux de leur travail : "*Herein, we propose a psychosocial model of interactions during role-playing games based on Goffman's theory and Adlerian play therapy techniques, and suggest that role-playing games are an effective way of intervening with gifted children and adolescents to improve their intra- and interpersonal skills. We specifically targeted intrapersonal skills of exercising creativity, becoming self-aware, and setting individual goals by raising participants' awareness of their privately logical reasons for making decisions and their levels of social interest. We also targeted their needs and means of seeking significance in the group to promote collaboration and interaction skills with other gifted peers through role analysis, embracement, and distancing.*"[110]. Nous pouvons constater que les enjeux sont toujours les mêmes dans cette étude comme dans la *narrative therapy*, le fait que les patients prennent conscience de leurs motivations, de leurs objectifs, de leurs envies. Étudier plus avant ce travail nous ferait trop digresser, celui-ci ciblant spécifiquement des personnes ayant des capacités cognitives supérieures à la moyenne.

[109] Alors que de nombreuses études se sont concentrées sur le jeu imaginaire et la prise de rôle chez les enfants, peu ont comporté réellement des jeux de rôle. Seules deux études basées sur des jeux de rôles ont été menées dans des groupes avec des besoins spécifiques (Zayas and Lewis 1986; Rosselet and Stauffer 2013). Dans ces cas, les psychiatres et travailleurs sociaux ont observés une meilleure efficacité chez les enfants et adolescents ayant participé, trouvant que le contexte ludique était un marchepied social et comportemental utile au développement du contrôle pulsionnel (Enfield 2006; Rosselet and Stauffer 2013)."

[110] "Dans cet article, nous proposons un modèle psychosocial des interactions au cours de jeux de rôle basé sur la théorie de Goffman et sur les techniques "*Alderian play therapy*", et suggérons que les jeux de rôle sont un moyen d'intervention efficace avec les enfants et adolescents surdoués pour améliorer leurs compétences intra- et interpersonnelles. Nous avons spécifiquement ciblé les compétences intrapersonnelles de créativité, de connaissance de soi, et de se fixer des objectifs individuels en augmentant la conscience des patients de leurs propres raisonnements logiques internes qui les poussent à prendre des décisions et leurs degrés d'intérêt social. Nous avons aussi ciblé leurs besoins et ressources de chercher de l'importance dans le groupe afin de privilégier les compétences de coopération et d'interactions avec les autres pairs surdoués à travers l'analyse de rôle, le rapprochement et l'éloignement.".

Le parallèle suivant avec la psychologie développementale est le lien entre théorie de l'esprit et jeu de rôle : "*Theory of mind is another important concept in developmental psychology. As children develop, they learn to establish theories of mind of others: an internalized model of how an individual - e.g. a peer or teacher - is likely to respond to a particular course of action and how they may experience it differently from the child herself (Sigelman, 1999, 329). Not only is theory of mind crucial to the development of empathy and higher cognitive process such as abstract thinking, it also helps to explain the process of role-playing, as the creation and enactment of a consistent character is likely a function of theory of mind.*"[111]. Cette vision de la théorie de l'esprit permet notamment de donner un but diagnostique au jeu de rôle. En effet, le personnage possède une pensée différente du joueur (les exceptions à cela seront abordées plus loin dans cette partie), et la compréhension de cet autre nécessite de pouvoir inférer sur le contenu de la pensée d'autrui. Sans ce prérequis, le personnage est une entière projection de soi.

Enfin, la dernière analyse des auteurs que nous avons choisi de mettre en valeur concerne le comportement même d'interprétation de rôle chez les adolescents et adultes[112]. Chez les adolescents, ils lui reconnaissent un rôle important : "*Pretend play such as role-playing can help provide direction for identity formation in adolescents, as can self-socialization through organized sports, games, and media (Carnes 2014).*"[113]. Nous verrons plus tard comment le jeu de rôle influence fortement l'identité, dans un travail plus complet sur ce point. A titre d'information, le texte de Mark Carnes, *Minds on Fire: How Role-Immersion Games Transform College*[53], promeut l'utilisation des jeux de rôles "immersifs" dans l'enseignement[114]. Mais si ce comportement est toléré, et parfois souhaité et

[111] "La théorie de l'esprit est un autre concept important de la psychologie développementale Alors que les enfants se développent, ils apprennent à formuler des théories sur l'esprit d'autrui : un modèle interne de comment un individu - par exemple un pair ou un professeur - est enclin à répondre à une ligne de conduite et comment son vécu diffère de celui de l'enfant lui-même (Sigelman, 1999, 329). La théorie de l'esprit n'est pas seulement cruciale pour le développement de l'empathie et de processus cognitifs supérieurs comme la pensée abstraite, elle contribue également à expliquer le processus d'interprétation de rôle, tout comme la création ou la prestation d'un personnage cohérent est également une fonction de la théorie de l'esprit."

[112] La seule analyse par la psychologie développementale comporte dans le texte original 19 références, nous ne présentons ici qu'une sélection des travaux les plus pertinents dans le cadre de cette thèse. Il en sera de même pour toutes les sections suivantes.

[113] "Jouer à faire semblant comme dans le jeu de rôle peut aider à donner une orientation à l'identité naissante des adolescents, tout comme pour la socialisation à travers des sports, jeux et médias organisés (Carnes 2014)."

[114] Il part notamment de l'engouement de jeunes étudiants pour des jeux de rôles historiques organisés par leur professeur, mais qui ont de loin dépassé son ambition initiale (poursuite du jeu en dehors des heures de cours, demande de commencer les cours plus tôt, lectures historiques assidues, …).

encouragé chez les adolescents, il n'en est pas de même chez les adultes : "*Adults also engage in pretend play, though generally under constrained circumstances facilitated by social structures, e.g. novel writing or stage acting. Adult pretend play undertaken outside of these structures is often viewed as transgressive (see Chapter 24). Despite the stigma attached to adult pretend play, players cite benefits to the leisure activity, including community building, problem solving, identity exploration (Bowman 2010); increases in self-awareness and empathy (Meriläinen, 2012); the development of critical ethical reasoning and awareness of social issues (Simkins 2010), etc. Professional and social skills are sometimes practiced using role-playing.*"[115]. Ainsi, des bénéfices au jeu de rôle sont connus et étudiés. Cet extrait ne met en lumière que le point de vue des joueurs, certes, mais d'une part on peut supposer que tous ces bénéfices cités par ceux-ci ne sont pas purement spéculatifs ou promotionnels - et nous avons déjà commencé à le voir tout au long de ce travail - et d'autre part pour ce qui est par exemple du jeu de rôle pédagogique ou d'entraînement, celui-ci est largement étudié même s'il dépasse de loin les objectifs de cette thèse. On remarquera encore une fois que les bénéfices cités par les pratiquants ne sont pas anodins (*problem solving*, *identity exploration*, *increases in self-awareness and empathy*), toutes ces thématiques sont un fils rouge de notre travail.

Ensuite, intéressons-nous à la relecture du jeu de rôle par les neurosciences et la psychologie cognitive. Là encore, les études portant sur le jeu de rôle en lui-même ne sont pas nombreuses. Cependant, l'étude du vécu fictionnel contre vécu réel est très intéressante. Commençons par poser la base générale sur le sujet, qui fait consensus : "*In brain research the emerging consensus is that when viewing stimuli such as motion or social interactions on-screen, the patterns of neural activations correspond to slightly modified versions of what we would expect to see if the subject was in that situation herself. This includes emotional states such as vicariously experiencing embarrassment when watching a*

[115] "Les adultes pratiquent également le jeu de faire semblant, mais généralement dans des conditions restreintes facilitées par des constructions sociales, par exemple écrire un livre ou jouer sur scène. Un adulte qui joue à faire semblant en dehors de ces structure est souvent considéré comme inadapté (*transgressive*, transgressif). Malgré l'étiquette persistante collée aux adultes qui jouent à faire semblant, les joueurs citent des bénéfices à cette activité de loisir, comme le regroupement d'une communauté, la résolution de problèmes, l'exploration identitaire (Bowman 2010); une meilleure connaissance de soi et l'empathie (Meriläinen, 2012); le développement d'un raisonnement moral important et la conscience de problématiques sociales (Simkins 2010), … Les compétences professionnelles et sociales sont parfois aguerries par l'utilisation du jeu de rôle."

cringe-inducing reality show (Melchers et al. 2015). Arguably, the brain does not have separate apparatuses for playing a multi-player online RPG (MORPG), interpreting movies, or imagining the feelings of a Dungeons & Dragons (D&D) character. Instead, the brain recruits the neuronal networks evolved to do or experience those things in real life, with certain "checking and tagging" mechanisms (Lieberoth 2013). We might hypothesize that deep immersion in role-playing involves changes in these modulating processes, at least at the level of conscious experience. A similar hypothesis has been investigated for theatre viewing using an fMRI-scanner, linking activation changes in certain brain regions to the state of dissociation between immediate physical awareness and adhesion to the dramatic fiction (Metz-Lutz et al. 2010). Furthermore, significant overlap exists between the neural networks used to understand stories and those used to interact with other individuals, i.e. the theory of mind or mirroring (Mar 2011), as described earlier. In other words, our cognitive processing of fictional constructs (say, an RPG character) is highly similar to that with actual ones, which may be a reason why engaging with fictions can lead to increased capabilities for empathy, understanding, and taking on the perspectives of others (Mar, Oatley, and Peterson, 2009; Kaufman and Libby 2012)."[116].

Cette simple introduction des notions consensuelles est déjà extrêmement riche de connaissances. Reprendre ici chaque référence surchargerait beaucoup ce travail. Cependant, ces travaux qui se recoupent permettent ici d'aborder un point dont nous n'avons pas encore parlé, la suspension consentie de l'incrédulité (*suspension of disbelief*),

[116] "Un consensus émerge en recherche cérébrale comme quoi quand on voit des stimuli comme des mouvements ou des interactions sociales sur un écran, les modèles d'activations neuronales sont des modèles légèrement modifiés de ceux auxquels nous nous attendrions si le sujet se trouvait lui-même dans cette situation. Cela inclut les états émotionnels comme l'expérience vicariante d'inconfort lorsque l'on assiste à une émission dérangeante (Melchers et al. 2015). On peut soutenir que le cerveau ne possède pas de réseau distinct pour jouer à un jeu de rôle multiplayer en ligne (MMORPG), comprendre un film, ou imaginer les sentiments d'un personnage de Donjons & Dragons. A la place, le cerveau recrute les réseaux neuronaux développés pour faire ou expérimenter ces choses en conditions réelles, avec certains mécanismes de "vérification et étiquetage" (Lieberoth 2013). On peut supposer que l'immersion profonde dans le jeu de rôle entraîne des changements dans ces mécanismes de régulation, au moins au niveau de l'expérience consciente. Une hypothèse similaire a été étudiée pour des spectateurs de théâtre avec une IRM fonctionnelle, reliant des changements dans l'activation de certaines zones cérébrales avec un état de dissociation entre la conscience physique immédiate et l'adhésion à la fiction théâtrale (Metz-Lutz et al. 2010). De plus, des chevauchements significatifs existent entre les réseaux neuronaux qui servent à comprendre les histoires et ceux qui servent à interagir avec les autres individus, par exemple la théorie des neurones miroirs, comme décrite précédemment. Dit autrement, notre processus cognitif de constructions fictives (disons, un personnage de jeu de rôle) est extrêmement proche de ceux de constructions réelles, ce qui pourrait être une des raisons pour lesquelles s'impliquer dans des fictions peut amener à de plus grandes capacités d'empathie, de compréhension, et de se mettre dans la situation d'autrui (Mar, Oatley, et Peterson, 2009; Kaufman et Libby 2012)."

et dont l'article de Marie-Noëlle Metz-Lutz, Yannick Bressan, Nathalie Heider et Hélène Otzenberger[54] étudie le substratum neurologique à travers le théâtre sur scène. Concernant cet article, les conclusions ont déjà été notées plus haut dans le texte de Sarah Lynne Bowman et Andreas Lieberoth[51] : le cerveau est capable de volontairement créer une "dissociation" entre le vécu (l'expérience) physique du corps et l'expérience mentale, permettant une adhésion plus forte à la fiction. Le terme *suspension of disbelief* a été développé en 1817 par le poète britannique Samuel Taylor Coleridge, dans Biographia Literaria[55], et évoque l'acte volontaire (mais pas nécessairement conscient) par lequel le lecteur (ou, une fois le concept étendu, le spectateur d'une œuvre en général) accepte de se plonger une fiction que sa raison rejetterait normalement : "[...] *my endeavours should be directed to persons and characters supernatural, or at least romantic, yet so as to transfer from our inward nature a human interest and a semblance of truth sufficient to procure for these shadows of imagination that willing suspension of disbelief for the moment, which constitutes poetic faith.*"[117]. Nous pouvons simplement noter, avant de revenir à l'étude en cours, que cette notion existait déjà depuis l'antiquité, et que l'on en trouve des trace dans l'œuvre d'Horace (dans l'Ars Poetica[57]).

On percevait déjà au travers de ces travaux l'effacement partiel de la frontière entre histoire et réalité. On a pu l'étudier par la suspension de l'incrédulité, et percevoir cette fragilité, mais les travaux suivants lui donnent une nouvelle ampleur : "*Some fMRI-studies also suggest that our perception of "reality" versus "fantasy" may relate to personal relevance to the imaginative content in the brain (Abraham and von Cramon 2009). In other words, if a concept is more relevant to our daily lives, we are more likely to perceive it as real. While most of the time, a fictional character might be less relevant and, therefore, less "real" than other concepts, a chronic World of Warcraft player likely views the fictional content as far more relevant, and therefore, more real. An alternative interpretation of such results is that narrative meaning helps the brain process fictional elements in a coherent and predictable manner, as evidenced by greater inter-subject overlaps of fMRI data recorded while watching story-driven over non-story movie clips (Hasson et al. 2008). In theory, role-*

[117] "[...] je porterai mes efforts en direction des personnes et caractères surnaturels ou du moins romantiques; le but étant de puiser au fond de notre nature intime une humanité aussi bien qu'une vraisemblance que nous transférerions à ces créatures de l'imagination, de qualité suffisante pour frapper de suspension, ponctuellement et délibérément, l'incrédulité, ce qui est le propre de la foi poétique." Traduction de Jacques Darras dans Autobiographie littéraire[56].

playing could piggyback on both of these factors, as players seek to merge reality and narrative in their in-character experience. Ultimately, even young children exhibit the capacity to understand the difference between play and work (Bergen 2009), which indicates that even if an individual feels a strong sense of empathy, emotional connection, or relevancy to fictional events, they do not run the risk of forgetting the distinction between reality and fantasy."[118]. Si l'on reprend ces résultats, il semble que la création d'une histoire significative (cohérente, *revelant*) pour l'individu l'aide à s'immerger dans cette histoire comme si elle était réelle. Ainsi, plus l'on se rapproche de ce que la personne a déjà expérimenté, en termes d'émotions, de situations, … plus l'impact sera fort. Bien entendu, cet impact vaut en termes de bénéfices attendus, mais une technique imprudente ou qui est iatrogène (comme la thérapie d'exposition dans le cadre des psychotraumatismes, dont nous avons déjà parlé) le sera d'autant plus sur un terrain proche du mode de vie de la personne. Les dernières constatations de cet extrait peuvent paraître évidentes, mais il s'agit encore de l'une des principales critiques à l'égard du jeu de rôle (la perte de discernement entre réalité et fiction), et rappeler son impossibilité n'est pas inutile.

La troisième et dernière lecture prismatique sur laquelle nous allons nous attarder est celle de la psychologie comportementale et de la motivation. Il s'agit là encore de visions très riches, dont nous allons voir quelques exemples nécessairement parcellaires. Prenons une première vision : "*Psychologists have examined why games appear to be highly motivating. Indeed, looking for motivational effects has been one of the more fruitful empirical approaches to the psychological study of games (Ryan, Rigby, and Przybylski 2006) including digital and analog role-playing games in schools (Bowman and Sandiford 2015;*

[118] Des études avec une IRM fonctionnels suggèrent également que notre perception de la "réalité" et de "l'imaginaire" peut révéler des informations sur la congruence personnelle du contenu imaginaire avec le cerveau (Abraham et von Cramon 2009). En d'autres termes, si un concept est plus pertinent en regard de nos vies quotidiennes, nous serons plus à même de le percevoir comme réel. Alors que la plupart du temps, un personnage fictionnel peut être moins pertinent et, de fait, moins "réel" que d'autres concepts, un joueur chronique de World of Warcraft perçoit probablement le contenu fictionnel d'autant plus pertinent, et de fait, d'autant plus réel. Une autre interprétation de ces résultats est que le sens narratif aide le cerveau à traiter les éléments fictionnels de manière cohérente et prédictible, comme mis en avant par un chevauchement inter-sujets plus importants des données enregistrées par IRM fonctionnelle lors du visionnage d'un film avec une histoire par rapport à un film qui en est dépourvu (Hasson et al. 2008). En théorie, le jeu de rôle pourrait s'appuyer sur chacun de ces facteurs, puisque les joueurs cherche à rapprocher réalité et narration dans l'expérience vécue par leur personnage. Pour terminer, même les jeunes enfants font montre de la capacité à différencier jeu et travail (Bergen 2009), ce qui indique que même si un individu ressent une forte empathie, une connection émotionnelle, ou une pertinence à l'égard d'évènements fictionnels, aucun ne risque d'oublier la distinction entre réalité et imaginaire."

Lieberoth 2015). Early twentieth century behaviorism eschewed notions of cognition and motives, instead seeing "learned associations between external stimuli and observable responses [as] the building blocks of human development" (Sigelman 1999). Behaviorism centers upon the ways in which human activity can become motivated through positive and negative reinforcement techniques. In the context of games, behaviorism has been used to explain how players may become highly motivated - even 'addicted' - to play due to the ongoing reinforcement provided by rewards in games such as World of Warcraft (Yee 2002; Karlsen 2011) and gamification in general (Linehan, Kirman, and Roche 2014)."[119].

Cette notion de renforcement positif par les "récompenses" (au sens large) au sein du jeu est étudiée plus avant en psychologie humaniste : "*In humanistic psychology, motivation is viewed as a spectrum from extrinsic and intrinsic. Extrinsic motivation refers to actions that are energized by causes outside the activity itself, such as punishments, rewards, or social pressure. In RPGs, these can be in-game resources, experience points, special items (Karlsen 2011), status gains (Bowman 2010), or fear of losing one's character or key social relationships in-game.*"[120]. Cette vision de composantes extrinsèques et intrinsèques à la motivation paraît logique et admissible. Bien entendu, ce qui relève d'une composante externe et d'une composante interne est discutable : autant nous avons peu de doute sur le fait que le "plaisir social" est une composante externe, autant les récompenses "en jeu" ne sont pas nécessairement un artifice externe mais on peut les considérer comme partie intégrante du jeu (notamment pour les joueurs "ludistes", voir la théorie LNS, partie I - 3b et [1]).

---

[119] "Des psychologues se sont intéressés à ce qui rendait les jeux hautement motivants. En effet, s'intéresser à leurs effets motivationnels a été l'une des approches empiriques les plus fructueuses de l'étude psychologique des jeux (Ryan, Rigby, and Przybylski 2006) y compris pour les jeux de rôles numériques ou papier dans les écoles (Bowman and Sandiford 2015; Lieberoth 2015). Les théories comportementalistes du début du 20e siècle rejetaient les notions de cognitions et de motifs, préférant y voir des "associations conditionnées entre stimuli externes et réponses observables [en tant que] briques élémentaires du développement humain" (Sigelman 1999). Le comportementalisme se concentre sur la façon dont l'activité humaine peut devenir motivante à travers des techniques de renforcement positif et négatif. Dans le cas des jeux, ces théories comportementalistes ont été utilisées pour expliquer comment les joueurs pouvaient devenir très motivés - et même addicts - au jeu grâce à un renforcement perpétuel créé par les récompenses dans les jeux comme World of Warcraft (Yee 2002; Karlsen 2011) ou par la ludification en général (Linehan, Kirman, and Roche 2014)."

[120] "Dans la psychologie humaniste, la motivation est vue comme une palette qui va l'extrinsèque à l'intrinsèque. La motivation extrinsèque comporte les actions motivées par des causes externes à l'activité elle-même, comme des punitions, des récompenses, ou du plaisir social. Pour les jeux de rôles, ces causes peuvent être des ressources en jeu, des points d'expérience, des objets spéciaux (Karlsen 2011), un meilleur prestige (Bowman 2010), ou la crainte de perdre un personnage ou des relations sociales importantes dans le jeu."

Mais là où cette théorie de la psychologie humaniste nous intéresse vraiment, c'est dans sa vision de la motivation intrinsèque dans le jeu de rôle, propre à l'acte de jouer un rôle et non donc aux contingences - ou à ce qu'elle considère comme des contingences - notamment ludiques : "*However, gameplay is also intrinsically motivating: done for its own sake, energized by causes within the activity itself (e.g. Malone and Lepper 1987; Ryan, Rigby, and Przybylski 2006). Players experience enjoyment in the act of play itself regardless of successes or failures (Csíkszentmihályi 1975). Multiple models of intrinsic motivation exist; immersion, curiosity and surprise (Malone and Lepper 1987), and experiences of competence, autonomy, and relatedness (Ryan, Rigby, and Przybylski 2006) are repeatedly highlighted as sustaining game engagement over time. More recently, researchers have begun to investigate intrinsic motivation from meaningful experiences (Oliver & Raney 2011), as some players intentionally "play to lose" to evoke negative experiences similar to e.g. tragedies in theater and literature (Montola 2010; Montola and Holopainen, 2012). Besides such theories stemming directly from psychology, RPG players and designers have developed typologies of player personalities, motives and preferences that have since been taken up by research.*"[121]. Ce seul paragraphe, qui ne fait que brosser très superficiellement toute la motivation intrinsèque du jeu, contient de nombreux éléments qu'il nous faudra approfondir par la suite[122], notamment ces typologies. Concernant le cœur même de cet

[121] "Cependant, l'interprétation de rôle est également intrinsèquement motivante : réalisée pour elle-même, mue par des facteurs compris dans l'activité en tant que telle (par exemple Malone et Lepper 1987; Ryan, Rigby, et Przybylski 2006). Les joueurs éprouvent du plaisir dans l'acte propre de jouer [un rôle] indépendamment des succès ou échecs (Csíkszentmihályi 1975). Plusieurs modèles de motivation intrinsèque existent; l'immersion, la curiosité et la surprise (Malone et Lepper 1987), et le vécu de compétence, l'autonomie et la proximité (Ryan, Rigby, et Przybylski 2006) sous régulièrement mis en avant comme étayant l'engagement durable dans le jeu. Plus récemment, des chercheurs ont commencé à travailler sur la motivation intrinsèque des vécus significatifs (Oliver et Raney 2011), du fait que certains joueurs jouent intentionnellement "pour perdre" (*play to lose*) afin de susciter des expériences négatives comme dans par exemples les tragédies du théâtre ou de la littérature (Montola 2010; Montola et Holopainen, 2012). En plus de ces théories provenant directement de la psychologie, les joueurs et concepteurs de jeu de rôle ont développé des typologies des personnalités de joueurs, des schémas et des préférences qui ont depuis été repris dans la recherche".

[122] Concernant le *play to lose* qui ne sera pas repris plus tard, il s'agit d'une technique de métajeu et/ou de narration qui consiste à accepter voire faire en sorte que son personnage échoue dans ses objectifs, et ceci afin qu'il vive l'échec, la déception, … Cette technique peut avoir plusieurs objectifs, que l'on peut artificiellement séparer en deux grandes catégories : à l'extrême, cette technique peut avoir des objectifs comiques (comme dans Fiasco[C.2]), mais il s'agit bien plus souvent de l'autre extrême où elle vise à donner l'opportunité au joueur de jouer des scènes plus "dramatiques". Lorsque l'on parle de scènes dramatiques, on ne fait pas référence au sens étymologique, mais au sens émotionnel : "Qui est propre à exciter une émotion profonde, à inspirer la pitié, en parlant d'un événement ou d'une action de la vie réelle". Ainsi, cette technique est, dans cet objectif, entièrement au service du jeu (d'acteur, d'interprétation) en lui-même, elle lui permet d'augmenter en intensité, de "se sublimer" en quelque sorte. Il est bien sûr notable qu'elle peut, et est

extrait, on peut noter de nombreux éléments cités comme motivations intrinsèques au jeu de rôle dont - on peut le noter par rapport à tout l'aspect pédagogique des jeux de rôles même si nous ne travaillons par-dessus - l'expérience de compétence et d'autonomie. Il est dommage que les vécus significatifs (*meaningful experiences*) soient si peu développés, ce simple terme faisait à lui seul écho à la *narrative therapy*, et au travail de James Pennebaker et Janel Seagal[49] sur la formation du récit (voire partie II - 3a).

Pour terminer sur le sujet de la motivation et approfondir légèrement ce thème des vécus significatifs, on peut relire l'article cité par les auteurs, *Entertainment as pleasurable and meaningful identifying hedonic and eudaimonic motivations for entertainment consumption*[58][123] (2011), de Mary Beth Oliver et Arthur Raney. Cette étude part du constat simple que tout loisir n'est pas nécessairement générateur de plaisir (hédonique) par lui-même (drames cinématographiques, romanesques, …). Plutôt que d'en proposer une analyse complète (qui comporte quatre expériences), intéressons-nous seulement au sens recherché dans ce travail; ces loisirs permettent d'accéder à un bonheur plus complexe que le simple plaisir : "*In this article, we suggest that rather than conceptualizing the primary dimension of audience gratification along a single continuum of pleasure, the additional dimension of "meaningfulness" may address audience behaviors that have often been seen as somewhat paradoxical. Simply stated, we argue that people consume media entertainment in the pursuit of pleasure and amusement (hedonic motivations) and as a part of their general need to search for and ponder life's meaning, truths, and purposes - motivations that we characterize as "eudaimonic".*"[124]. Ainsi, de nombreux affects perçus a priori et de l'extérieur comme négatifs sont en fait "eudémoniques", c'est à dire littéralement générateurs de bonheur (à distinguer du plaisir brut)[125].

---

souvent, pour tout ou partie également au service de la narration, de l'histoire, et non seulement du personnage.

[123] "Les loisirs comme agréable et significatifs pour identifier les motivations hédoniques et eudoméniques à la consommation de loisir"

[124] "Dans cet article, nous suggérons de ne pas penser la satisfaction du public (consommateurs de loisirs médiatiques) selon un continuum unique du plaisir, sa dimension de "significativité" pouvant expliquer des comportements du public qui ont souvent été perçus comme paradoxaux. Cela défini, nous argumentons que les gens consomment des loisirs de média à la recherche de plaisir et d'amusement (motivations hédoniques) et également du fait de leur besoin de quête et de réflexion sur le sens de la vie, des vérités, et de leurs objectifs - des motivations que nous caractérisons d'eudémoniques."

[125] Nous n'irons pas plus avant sur l'analyse de ce texte dans le corpus de ce travail. Le lecteur intéressé pour trouver dans l'extrait ci-après de nombreuses références pour aller plus loin sur les différentes dimensions de ces éléments eudémoniques, ainsi que de nombreuses passerelles possibles avec notre travail : "*In trying to reconceptualize enjoyment so as to better capture the diversity of audience responses, some*

Nous terminerons avec ce travail sur un dernier point (nous avons volontairement omis certaines parties, notamment l'étude du psychodrame dont nous avons déjà parlé). Il s'agit de la lecture psychologique de l'alibi et du saignement (*bleed*) qui clos celui-ci. Nous aurions pu également en parler dans la première partie, mais le travail étudié ici en est une parfaite occasion.

Pour comprendre, il faut bien rappeler que les motivations intrinsèques et extrinsèques au jeu co-existent, mais ne sont pas nécessairement en adéquation : "*Within play, this new*

---

scholars have highlighted the importance of metaemotions in the entertainment experience (Bartsch, Vorderer, Mangold & Reinhold, 2008), and others have suggested that enjoyment is a reflection of the fulfillment of intrinsic needs (Tamborini, Bowman, Eden & Grizzard, 2010), including "higher-order" needs such as those identified in self-determination theory (Ryan & Deci, 2000). Similarly, some scholars have suggested that entertainment - including entertainment that elicits negative affect - can be conceptualized as a form of "play"' that ultimately helps viewers/users cope with or confront their realities (Vorderer, 2001) and that may further have evolutionarily benefits in terms of providing safe "training" for dangerous or threatening situations or allowing for the enactment of a diversity of cognitive and behavioral responses to the environment (e.g., Steen & Owens, 2001). More recent scholarship grappling with the concept of media enjoyment shares a common recognition that entertainment gratification need not elicit positively valenced affect to be perceived as gratifying to viewers. Indeed, in part to highlight this argument, Oliver and Bartsch (2010) recently argued that the term "appreciation" may be a better descriptor of the gratifications associated with the experience of more moving or meaningful entertainment (see also Vorderer & Ritterfeld, 2009). [...]

Keyes, Shmotkin, and Ryff (2002) distinguished between subjective well-being and psychological well-being. Subjective well-being was conceptualized by these authors in ways akin to hedonic concerns, associated with feelings of positive affect; psychological well-being, in contrast, was conceptualized as being associated with feelings of personal growth and meaning in life. Similarly, drawing from ancient philosophical writings (Aristotle, trans. 1931), Waterman (1993) differentiated two types of happiness: hedonic happiness that is conceptualized in terms of pleasure, and eudaimonic happiness that is conceptualized in terms of personal expressiveness, self-realization, and personal development."

Soit en français : "Dans une ébauche de redéfinir le plaisir afin de mieux comprendre la diversité des réponses du public, des chercheurs ont mis en évidence l'importance des méta-émotions dans le vécu du loisir (Bartsch, Vorderer, Mangold & Reinhold, 2008), et d'autres ont suggéré que ce plaisir est la traduction de l'accomplissement de besoins intrinsèques (Tamborini, Bowman, Eden & Grizzard, 2010), notamment des besoins "d'ordre supérieur" comme ceux identifiés dans la théorie d'autodétermination (Ryan & Deci, 2000). De même, des chercheurs ont suggéré que les loisirs - y compris les loisirs qui suscitent des affects négatifs - peuvent être pensés sous la formes de "jeux" qui *in fine* aident leurs consommateurs/spectateurs à surmonter ou affronter leurs réalités (Vorderer, 2001) et qu'ils peuvent avoir des bénéfices par suite en permettant un "entraînement" sécurisé face à des situations dangereuses ou menaçantes ou en générant une diversité de réponses cognitives et comportementales face à l'environnement (par exemple, Steen & Owens, 2001). Des visions différentes de chercheurs sur le concept de plaisir dans les médias partagent tout de même l'idée commune que la satisfaction du loisir ne nécessite pas la génération d'affects à valence positive pour exister chez les spectateurs. En effet, afin de souligner cet argument, Oliver et Bartsch (2010) ont défendu récemment que le terme "appréciation" serait plus fidèle que la satisfaction associée avec l'expérience d'un loisir plus émouvant ou significatif (voir aussi Vorderer & Ritterfeld, 2009). [...]

Keyes, Shmotkin, et Ryff (2002) ont distingué le bien-être subjectif du bien-être psychologique. Le bien-être subjectif a été conceptualisé par ces auteurs de manière similaire aux préoccupations hédoniques, associé avec les sentiments positifs; le bien-être psychologique, à l'opposé, a été conceptualisé comme étant associé aux sentiments de développement personnel et de sens de l'existence. De la même façon, calqués sur des écrits philosophiques anciens (Aristote, traduction de 1931), Waterman (1993) a différencié deux types de gaîté : la gaîté hédonique qui est pensée en termes de plaisir, et la gaîté eudémonique qui est pensée en termes d'expressivité personnelle, d'auto-réalisation et de développement personnel.".

identity performs actions bounded in part by the structure of the game, but also driven by the goals of the character. These goals manifest from some mixture of in-game and out-of-game motivations. Thus, both the player and the character have goals that affect play. Sometimes, these goals conflict with one another (Cooper 2007). For example, if a player wishes to have a pleasant role-playing experience with friends, but their character's goals revolve around deception, betrayal, and conflict, that individual may experience moments of dissonance. This can also extend to one's experience of identity (Montola 2010); if characters behave in ways that their players find inconsistent with their identity, such as acts of murder or taboo activities, they may wonder how such actions can be enacted by them."[126]. C'est ainsi que le jeu de rôle se différencie d'un loisir médiatique : le joueur est à la fois spectateur, mais également acteur dans ce média, et son vécu repose sur cette double casquette qu'il porte en permanence. Peut-on retrouver cette dissonance chez un acteur de théâtre ou de cinéma alors qu'il n'est pas spectateur ? En tout cas, le jeu de rôle offre et demande au joueur de concilier deux identités, parfois diamétralement opposées.

L'alibi est le premier phénomène (certains diraient "technique de défense") pour gérer cela : "*Players often resolve such dissonance through a rationalization mechanism called alibi (Montola and Holopainen 2012). While players are technically present and enacting, they absolve themselves from responsibility for actions their characters perform with statements such as "it's just a game" or "it's what my character would have done." Alibi is an essential aspect of the so-called magic circle of play (Salen and Zimmerman 2004) or frame - the psychological and practical arrangements and implicit or explicit social contract that "set apart" in-game events and actions and discount them as fictional (Kessock 2013). Together, they help resolve emerging dissonance and allow participants to experience a game with a relative sense of safety.*"[127]. On peut bien entendu faire quelque critique à cet

[126] "Durant le jeu, cette nouvelle identité réalise des actions limitées d'une part par la structure du jeu, mais aussi guidées par les objectifs du personnage. Ces objectifs naissent d'un mélange des motivations intrinsèques et extrinsèques au jeu. Ainsi, et le joueur et le personnage ont des objectifs qui affectent le jeu. Parfois, ces objectifs sont contradictoires entre eux (Cooper 2007). Par exemple, si un joueur souhaite une expérience d'interprétation (*role-play*) agréable avec ses amis, mais que les objectifs du personnage tournent autour de la tromperie, de la trahison, et du conflit, ce joueur peut faire l'expérience de moments de dissonance. Cela peut également être étendu au vécu identitaire de quelqu'un (Montola 2010); si des personnages agissent de manière décalée par rapport à l'identité de leurs joueurs, comme des meurtres ou des actes tabous, ceux-ci peuvent se demander comme ils peuvent joueur de tels actes.".

[127] "Les joueurs résolvent souvent une telle dissonance par un mécanisme de rationalisation appelé alibi (Montala et Holopainen 2012). Alors que les joueurs sont techniquement présents et interprètent, ils se retirent la responsabilité des actes de leurs personnages par des déclarations telles que "c'est juste un jeu" ou

extrait, la première étant probablement que l'alibi n'est probablement jamais exprimé aussi clairement et explicitement : il n'y a pas besoin d'invoquer l'alibi afin de gérer la dissonance, car le joueur l'a déjà fait de manière instinctive, inconsciente, averbale, ou tout autre qualificatif selon la théorie à laquelle on se réfère. Même si certains joueurs ne trouvent pas d'intérêt au saignement extériorisé (*bleed-out*, cf. ci-après), c'est à dire à ce que le jeu suscite en eux de véritables émotions, la plupart sont capables de jouer la perte du compagnon, le meurtre, la trahison, ou le subissement d'un viol sans éprouver de dissonance à l'égard de leur personnage. L'alibi est déjà réalisé, il est même automatique, et parfois le dépasser ou le submerger peut-être un défi en soi. On peut d'ailleurs noter qu'il est souvent plus facile d'appliquer l'alibi à son propre personnage qu'à celui des autres joueurs, mais on peut le voir comme un décalage sur la perception de la psyché du personnage, immanent au fait qu'il est joué par autrui.

Le deuxième phénomène directement en lien avec l'alibi est le saignement, il en est le pendant, l'effacement entre le joueur et le personnage : "*However, their protective framework is not iron-clad. The phenomenon of emotions, thoughts, relationships, and physical states spilling over between in-game and out-of-game is known as bleed (Montola 2010; Bowman 2013). For example, if a player feels jealousy when their out-of-game monogamous romantic partner flirts with another character during a game, they are experiencing bleed, even if their partner technically has the alibi of the character and fiction. Bleed-in occurs when aspects cross over from player to character, while bleed-out happens when the character's actions and experiences affect the player.*"[128]. Il paraissait déjà évidemment que les joueurs transposaient d'eux-mêmes dans leur personnage, influençaient ses décisions selon leur propre morale (consciemment ou non), cependant le saignement extériorisé est moins connu. Cela étant, la frontière entre les deux est

"c'est ce que mon personnage aurait fait". L'alibi est un aspect central de ce que l'on appelle le cercle magique du jeu (*magic circle of play*) (Salen et Zimmerman 2004) ou le cadre (*frame*) - les dispositions psychologiques et pratiques et le contrat social tacite ou explicite qui "dissocie" les évènements et actions en-jeu et les qualifie de fictives (Kessock 2013). Ensemble, ils aident à gérer la dissonance émergente et permet aux participants d'avoir un vécu de sécurité relatif au sein du jeu.".

[128] "Cependant, cette armature protectrice n'est pas à toute épreuve. Les phénomènes d'émotions, de pensées, de relations, et de conditions physiques se déversant en travers entre le jeu et l'extérieur sont connus sous le nom de saignement (Montala 2010; Bowman 2013). Par exemple, si un joueur éprouve de la jalousie quand son partenaire amoureux monogame réel (hors-jeu) courtise un autre personnage durant le jeu, il fait l'expérience d'un saignement, même si son partenaire a techniquement l'alibi du personnage et de la fiction. Le saignement intériorisé (*bleed-in*) survient quand des aspects se déversent du joueur vers le personnage, tandis que le saignement extériorisé (*bleed-out*) survient quand les actions et expériences du personnage affectent le joueur.".

artificielle, puisque les deux reposent sur le même principe d'effacement des limites joueur-personnage.

Si l'on pouvait douter que le saignement soit une motivation intrinsèque au jeu - eudémonique selon la classification précédente - la confirmation est que de nombreux joueurs le recherchent pour lui-même, comme fin en soi : "*Participants can attempt to "play for bleed" by using strategies to weaken the protective framework of play. For example, players can enact characters similar to themselves - also called "close to home" characters or Doppelgangers (Bowman 2010). Players can also weaken their psychological barriers through exertion, such as sleep deprivation or extreme emotional play, called "brink" or "hardcore" play (Poremba 2007; Montola 2010). This often leads to a more intense experience, a lowered sense of inhibition, and a reduced ability to maintain psychological distance. However, employing these strategies does not guarantee bleed. Some players claim to have never experienced bleed in years of role-playing, whereas others hold to experience it on a regular basis. [...] Montola (2010) explored how playing taboo scenarios about e.g. rape produced strong feelings of bleed; while the contents of the game were morally "negative", players framed their play experience as "positive" in that they were cathartic and insightful.*"[129].

Cette recherche voire cette culture du saignement trouve son paroxysme dans l'article de Markus Montola cité à de nombreuses reprises, *The positive negative experience in extreme role-playing*[59][130]. Son travail ayant était largement explicité ici, je me contenterai de citer une phrase de Tobias Wrigstad, l'auteur de Gang Rape[C.20], l'un des jeux étudiés par Montola : "*Not all games should be fun. […] What I'm looking for is strong emotions, and*

[129] "Les participants peuvent essayer de "jouer pour saigner" en utilisant des stratégies pour affaiblir leur armature protectrice du jeu. Par exemple, ils peuvent interpréter des personnages qui leurs sont similaires - aussi appelés personnages "proches du domicile" (*"close to home"*) ou Doppelgangers (Bowman 2010). Les joueurs peuvent également affaiblir leurs barrières psychologiques par des démarches, comme la privation de sommeil ou le jeu extrêmement émotionnel, appelé "limite" ("*brink*", bord [de ravin]) ou "extrême" ("*hardcore*") (Poremba 2007; Montola 2010). Cela conduit souvent à une expérience plus intense, un sentiment moindre d'inhibition, et une capacité réduite à maintenir une distance psychologique. Cependant, utiliser ces stratégies ne garantit pas le saignement. Certains joueurs affirment ne jamais avoir vécu de saignement en plusieurs années de jeu de rôle, alors que d'autres l'expérimentent régulièrement. [...] Montola (2010) a exploré comment jouer des scénarii tabous comme par exemple un viol produit des sentiments forts de saignements; alors que le contenu du jeu était moralement "négatif", les joueurs parle de leur expérience de jeu comme "positive" dans ce qu'elle était cathartique et pénétrante ("*insightful*", consciente, claire).".

[130] "L'expérience négative positive dans le jeu de rôle extrême"

whether they are negative or positive is of less importance.”[131]. Markus Montola ira brièvement plus loin que le jeu conscient, en comparant cela aux résultats de l’expérience de Milgram[60][132]. Après avoir été mis au courant de la nature fictive des chocs, “*84% of Milgram’s participants were “glad” or “very glad” that they had participated in the experiment, and only 1.3% were “sorry” or “very sorry”. 74% of them felt that they had learned something of personal importance*”[133].

Le troisième et dernier phénomène nous concerne moins, bien qu’en réalité il dérive très probablement du saignement, il s’agit du dirigisme (*steering*) : “*A player may direct the actions of the character for out-of-game reasons, a process known as steering (Montola, Stenros, and Saitta 2015; Pohjola 2015). While bleed is a mostly unconscious process, steering is intentional.*”[134].

Bien entendu, on peut se poser la question de la gestion de ces phénomènes, voire même des risques qu’ils induisent. Bien que l’article de Markus Montola[59] va contre l’idée de ces risques, il existe des “mécanismes de sûreté”, dont Sarah Lynne Bowman et Andreas Lieberoth parlent brièvement. Ils peuvent venir dans le cadre du “*play to bleed*”, afin d’assister les joueurs qui auraient sous-estimé l’impact du saignement extériorisé sur eux ou surestimé leur capacité à le gérer, ou dans le cadre du jeu de rôle conventionnel, au cas où le saignement externalisé ne survienne ou ne soit trop important.

L’outil le plus connu dans le jeu de rôle depuis quelques années est la *X-card*, ou carte X. Créée en 2015 par John Stavropoulos[61]. Posée au centre de la table, elle permet à n’importe quel joueur d’exprimer son mal-être vis-à-vis d’un élément afin de le retirer ou de le minimiser dans le jeu. Nous reproduisons ici le texte à énoncer aux joueurs concernant cette carte : “*I’d like your help. Your help to make this game fun for everyone. If anything*

[131] “Tous les jeux n’ont pas à être amusants. [...] Ce que je recherche ce sont des émotions fortes, et qu’elles soient négatives ou positives n’a aucune importance.”.

[132] Expérience qui consistait à ce que le sujet administre de faux chocs électriques à un acteur, sous couvert d’une expérience sur l’apprentissage. Le sujet n’étant pas au courant de la nature fictive des chocs ni d’acteur de la victime, cette expérience évaluait en réalité l’obéissance à l’autorité considérée légitime. Le sujet est informé dans un entretien qui clôt l’expérience de sa véritable nature.

[133] “84% des participants à l’expérience de Milgram étaient “heureux” ou “très heureux” d’y avoir participé, et seulement 1,3% était “désolé” ou “très désolé”. 74% d’entre eux avaient le sentiment d’avoir appris quelque chose d’important pour eux.”.

[134] “Un joueur peut diriger les actions de son personnage pour des raisons extérieures au jeu, un processus appelé dirigisme (Montola, Stenros, et Saitta 2015; Pohjola 2015). Tandis que le saignement est un processus largement inconscient, le dirigisme est intentionnel.”

makes anyone uncomfortable in any way… [draw X on an index card] …just lift this card up, or simply tap it [place card at the center of the table]. You don't have to explain why. It doesn't matter why. When we lift or tap this card, we simply edit out anything X-Carded. And if there is ever an issue, anyone can call for a break and we can talk privately. I know it sounds funny but it will help us play amazing games together and usually I'm the one who uses the X card to protect myself from all of you! Please help make this game fun for everyone. Thank you!"[135]. Outil simple permettant d'éviter un inconfort lié au saignement, nous avons repris cet outil lors de nos parties de jeux de rôle thérapeutique (voir partie III).

D'autres mécanismes sont les débriefings et ateliers pré- et post-jeu, afin d'une part de connaître les autres joueurs et ainsi différencier le joueur du personnage, et d'autres part afin d'exprimer et d'externaliser le vécu du personnage. Il en existe d'autres variantes : "*Some players write letters to their characters, journal entries, or play reports after game sessions as methods to externalize feelings.*"[136].

Une dernière technique citée parmi d'autres est l'utilisation de *safe words* (mots de sécurité). Ils sont souvent plus utilisés dans le jeu de rôle grandeur nature (ou *murder party*). Les deux plus souvent utilisés sont *Brake* (littéralement freiner, afin de signifier que le jeu doit devenir moins intense) et *Cut* (couper, afin de signifier que le jeu doit cesser, au moins temporairement). Comme dans l'utilisation BDSM dont ils sont dérivés, ils possèdent des équivalent corporels. Ils ressemblent à la X-card dans leur utilisation, particulièrement le *Brake*, qui signale aux autres que le jeu est émotionnellement trop intense pour la personne.

[135] "J'aurais besoin de votre aide. Votre aide pour que tout le monde s'amuse dans ce jeu. Si quoi que ce soit gêne qui que ce soit de quelque façon que ce soit… [dessinez un X sur une carte cartonnée] … il vous suffit de lever cette carte, ou juste de poser votre doigt dessus [placez la carte au centre de la table]. Vous n'avez pas besoin d'expliquer pourquoi. Le pourquoi est sans importance. Quand l'un de nous soulève ou tapote cette carte, nous supprimons tout simplement ce qui a été X-carté. Et si jamais il y a tout de même un problème, n'importe qui peut demander une pause et nous pouvons en discuter en privé. Je sais que cela a l'air bizarre, mais cela va nous aider à jouer des parties extraordinaires ensemble et je suis généralement celui qui utilise la Carte-X, pour me protéger de vous ! S'il vous plaît aidons-nous mutuellement à rendre cette partie amusante pour tous. Merci." traduction de Régis (https://ptgptb.fr) modifiée ici afin de se rapprocher de l'originale.

[136] "Certains joueurs écrivent des lettres à leurs personnages, des entrées dans un journal, ou des rapports de jeu après les sessions comme méthodes d'externalisation des sentiments".

II - 3c La vision psychanalytique du jeu

Une vision intéressante est celle de Donald Winnicott, dans Jeu et réalité[62][137]. Il y expose de manière redondante une théorie sur le jeu, qu'il place dans la continuité de son travail sur l'objet transitionnel : "C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi.". Et il rajoute plus loin : "De là, on peut conclure que c'est seulement en jouant que la communication est possible.".

Winnicott accorde une place très large au jeu, même si la définition du jeu est en elle-même particulièrement large. On retrouve cependant ici le concept de jeu de rôle sociologique, défini par les normes sociales, dont parle Raymond Corsini seulement quelques années plus tôt[63] (voir partie II - 3d). La communication est partie inhérente du jeu.

D'un point de vu psychothérapeutique, cela a deux implications. La première est la nouvelle conception de la psychothérapie par Winnicott : "Le principe général qui me paraît valable est que *la psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeux se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute*[138]. Si le thérapeute ne peut jouer, cela signifie qu'il n'est pas fait pour ce travail. Si le patient ne peut jouer, il faut faire quelque chose pour lui permettre d'avoir la capacité de jouer, après quoi la psychothérapie pourra commencer." En effet, il paraît logique qu'en plaçant le jeu comme préalable à la communication, surtout dans une théorie analytique où l'on connaît l'importance du langage, alors ce jeu devient le socle de la psychothérapie.

La deuxième conséquence se trouve dans l'attitude du thérapeute, et ressortait déjà de ce premier extrait : "Ma description est, en quelque sorte, un plaidoyer pour amener les thérapeutes à favoriser chez leurs patients la capacité de jouer, c'est à dire d'être créatifs dans le travail analytique. La créativité du patient, le thérapeute qui en sait trop peut, avec trop de facilité, la lui dérober. Ce qui importe, ce n'est pas tant le savoir du thérapeute que le fait qu'il puisse cacher son savoir ou se retenir de proclamer ce qu'il sait.".

[137] Extraits provenant de la traduction de 2004 paru chez Folio.
[138] Souligné dans le texte d'origine.

Supposons sans trop de risque que des écoles psychanalytiques pourraient intégrer le jeu de rôle dans une analyse. En effet, les mécanismes de saignements font qu'à travers le personnage, on peut souvent (pour ne pas dire toujours) repérer les propos ou intentions du joueur.

Si le jeu est à la base de la créativité, et donc, par suite, de la communication, ne pourrait-on pas le considérer comme une forme pure, débridée, de communication. C'est également le principe du psychodrame par certains mécanismes, par exemple quand un assistant (un tiers) énonce à voix haute ce qu'il suppose être les pensées du protagoniste rien qu'en observant son jeu de lui-même.

Le jeu de rôle est bien entendu une véritable forme de jeu. Si en français le terme prête à confusion, l'anglais est plus explicite : *role-playing game*. On y retrouve à la fois la notion de *play*, dans le sens de jouer un rôle, d'interpréter, mais également de *game*, c'est à dire le jeu ludique et de loisir. Winnicott parle plus longuement de la distinction de *play* et de *game* (et le titre anglais du livre retient le mot *playing*), mais ici les deux sont regroupés permettant d'affirmer la nature duale mais éminemment ludique du jeu de rôle. Ce jeu qui qualifie bien entendu à la consigne de Winnicott : "favoriser chez [les] patients la capacité de jouer".

II - 3d Les théories du jeu de rôle psychothérapeutique chez Corsini

Cette section sera la transition entre théorie et utilisation pratique, puisque Raymond J. Corsini a écrit en 1966 *Role Playing in Psychotherapy*[63], qui explore à la fois de nombreuses bases théoriques au jeu de rôle, et également plusieurs approches psychothérapeutiques (nous travaillerons sur la seconde édition de 2010[64]).

Avant d'explorer les théories sous-tendant son travail, il paraît opportun de redonner la définition du jeu de rôle selon Raymond Corsini (en effet, en 1966, le jeu de rôle sur table n'existait pas encore) : "*The term roleplaying has four connotations: 1. theatrical, wherein players, following a script, simulate reality for the purpose of entertainment; 2. sociological, or patterns of behavior as dictated by social norms; 3. dissimulative, or deceptive behavior in which one tries to fool others by acting in a manner contrary to real intentions, emotions, or motivations; and 4. educational, whereby people act out imaginary situations for purposes directed to self-understanding, improvement of skills, analyses of behavior, or to demonstrate to others how one operates or how one should operate.*

When used in psychotherapy, roleplaying falls in the last category. Essentially, it is a procedure for 1. diagnosing and understanding a person by watching him act out in a spontaneous manner a near-veridical situation; 2. demonstrating to a person or a group of persons how one should act; and 3. giving a person a veridical experience through having him play himself in various dramatic situations. This last aspect, a person roleplaying himself, is known as psychodrama - a word which is often used as the generic term for therapeutic roleplaying."[139].

Plusieurs remarques s'imposent dès à présent. Premièrement, le jeu de rôle est ici considéré dans la catégorie éducationnelle, ce qui s'explique par un étirement important des "prérogatives" de cette catégorie (par exemple, le jeu de rôle diagnostique est considéré comme éclairant indirectement le patient par l'éclaircissement qu'il apporte au thérapeute). On remarquera également que de fait, l'aspect théâtral est écarté de l'effet diagnostique; bien entendu, plus de 50 ans séparent ce travail et, par exemple, celui de Markus Montola[59] pour ne citer que celui-ci, mais si les connotations décrites par Raymond Corsini peuvent être pertinentes, il paraît plus cohérent de les considérer comme simultanées plutôt que dichotomisées : un jeu de rôle thérapeutique sera à la fois partiellement théâtral (la performance n'étant pas un but mais étant inhérente), sociologique (les personnages agissant en fonction des normes et codes sociaux en vigueur dans la diégèse), possiblement trompeur (selon les intentions du personnage, le but du joueur et son implication) et éducationnel (au sens large vu par Corsini). Enfin, une dernière remarque préalable qui replace ce travail dans son époque est l'importance donnée au psychodrame sur tout autre type de jeu de rôle, servant même parfois de "terme générique" au jeu de rôle.

---

[139] "Le terme jeu de rôle a quatre connotations : 1. Théâtrale, dans laquelle les joueurs, suivant un script, miment la réalité dans un but divertissant; 2. Sociologique, c'est à dire des modèles comportementaux dictés par les normes sociales; 3. Dissimulatrice, c'est à dire un comportement fallacieux grâce auquel quelqu'un tente de tromper les autres par des actions contraires à ses véritables intentions, émotions ou motivations; et 4. Éducationnelle, par laquelle des personnes miment des situations imaginaires dans des buts de compréhension de soi, d'amélioration des compétences, d'analyse de comportements, ou pour montrer à d'autres comment quelqu'un agit ou devrait agir.

Lorsqu'il est utilisé en psychothérapie, le jeu de rôle tombe dans la dernière catégorie. Il s'agit essentiellement d'une démarche pour 1. Diagnostiquer et comprendre une personne par l'observation de son jeu spontané d'une situation quasi-réelle; 2. De montrer à une personne ou un groupe de personnes comment il faudrait se comporter; et 3. De faire vivre à une personne une expérience réelle en le faisant se jouer lui-même dans différentes situations dramatiques. Ce dernier aspect, une personne s'interprétant elle-même, est appelé psychodrame - un mot qui est souvent utilisé comme terme générique pour le jeu de rôle thérapeutique."

A propos du psychodrame, on peut d'ailleurs noter que Raymond Corsini préférait l'emploie du sociodrame, variante développée par Moreno, et qu'il résume ainsi : "*When an individual acts out his own problem this is called psychodrama. If, however, a problem is acted out in a group and has meaning to all the members, the procedure is known as sociodrama.*"[140]. Cette utilisation collective sera très importante dans les mises en pratiques de Corsini (voir partie II - 4a).

Raymond Corsini décrit le jeu de rôle non comme une psychothérapie en lui-même, mais comme une technique spécifique pouvant apporter une aide dans les psychothérapies (quel que soit le type de psychothérapie), et le plus souvent au cours d'un travail psychothérapeutique afin d'atteindre certains objectifs (diagnostique, augmentation de l'insight, …) : "*Roleplaying can be viewed as a technique which can be associated with every one of the procedures discussed above. It can be employed by therapists in the individual or group situation, and can even be used in self-therapy. Roleplaying, since it is only a technique, can be used by any therapist regardless of his theoretical orientation.*"[141].

L'un des arguments les plus évidents, mais particulièrement pertinent, de Raymond Corsini, porte sur la légitimité des jeux de rôles à être utilisés : "*That roleplaying observations should correspond more closely to real-life behavior than would the interview, or objective tests, or projective tests should be no surprise, since in general, on both theorical and research bases, the more similaire a test is to the function itself, the better is the degree of validity of measurement. Thus we test a person's typewriting ability on a typewriter; how well a personn swims by his performance in a swimming pool; and how well he handles social situations by observing him in the drawing room. Therefore, if we want to know how a person acts in relations to others, as when they tease him, we quite likely can find out best*

[140] Quand une personne joue son propre problème on appelle ça le psychodrame. Si, par contre, un problème joué dans un groupe a du sens pour tous ses membres, la méthode est appelé sociodrame.".

[141] "Le jeu de rôle peut être vu comme une technique pouvant être associé avec toute les méthodes discutés précédemment. Il peut être utilisé par les thérapeutes de manière individuelle ou en groupe, et peut même être utilisé en auto-thérapie. Le jeu de rôle, puisque ce n'est qu'une technique, peut être utilisé par n'importe quel thérapeutique sans considération de son orientation théorique.".

by a roleplaying test rather than by interviewing him, by asking him to fill out a questionnaire, or by asking him what he sees inkblots to be."[142].

Bien que quelque peu provocateur quand il écrit cela, Raymond Corsini démontre ici l'intérêt tout du moins diagnostique des jeux de rôle. En effet, le seul examen qui paraîtrait plus pertinent serait de suivre le patient dans sa vie de tous les jours afin d'évaluer son comportement, et encore cela serait-il faussé par la présence même du thérapeute.

Il faut bien sûr entendre ici que Raymond Corsini n'est pas psychiatre mais psychologue, et qu'il travaille en milieu pénitentiaire. Ainsi, la majeur partie des patients dont il s'occupe ont des troubles dans leurs relations à autrui, des troubles du comportement, ou encore des difficultés à gérer leurs émotions. Il ne s'agit pas ici de défendre que l'entretien psychiatrique ou psychologique est obsolète, et il convient également de rappeler que Corsini voit le jeu de rôle comme une technique additionnelle à inclure à la psychothérapie. Simplement, il défend le rationnel à l'utiliser lorsque l'on doute du comportement réel du patient, ou que l'on ne parvient pas à s'en faire une idée précise.

Si le jeu de rôle est si proche des conditions réelles, c'est peut-être parce que ses mécaniques sont plurielles, et surtout simultanées : "*All dimensions of experience are simultaneously involved to some extent. If the behavioral act is of an emergency nature, crucial to the individual, every element is heightened. We act, feel, and think simultaneously in real life behavior.*"[143]. Cette phrase conclut un argumentaire qui défend que le jeu de rôle est l'une des rares thérapies (pour ne pas dire la seule) à permettre l'action, le ressenti émotionnel et la pensée simultanée. En effet, un jeu spontané, non scénarisé, permet une action "en temps réel", comme c'est le cas dans la vie réelle du patient.

---

[142] "Ces observations du jeu de rôle doivent être plus fidèles au comportement réel que ne le seraient un entretien, ou des tests objectifs, ou des tests projectifs sans que ce ne soit étonnant, puisque en général, que ce soit théorique ou pour des recherches, au plus un test est similaire à la fonction elle-même, au plus la mesure est valide. Ainsi, nous testons la compétence d'une personne à écrire sur une machine en le faisant écrire sur une machine à écrire; les capacités d'une personne en natation par ses performances dans une piscine; et ses capacités à gérer les situations sociales en l'observant dans la salle de dessein. Donc, si nous voulons savoir comment une personne se comporte dans ses relations aux autres, comme quand ils la taquinent, nous le verrons très probablement mieux par un jeu de rôle que par un entretien avec elle, par un questionnaire qu'on lui ferait remplir, ou par l'interprétation de ce qu'il voit dans des tâches d'encre.".

[143] "Toutes les dimensions de l'expérience sont simultanément mises en jeu de manière importante. Si l'action comportementale est de nature urgente, cruciale pour l'individu, chaque élément en est mis en valeur. Nous agissons, ressentons, et pensons simultanément dans notre comportement réel.".

Bien entendu, les autres thérapies génèrent en temps réels des émotions, des cognitions voire des actions, ne serait-ce par exemple que par le transfert. Mais le jeu de rôle pousse à cela, exacerbe cette mécanique en demandant au patient de s'immerger dans un rôle, et d'agir de la manière dont ce rôle (ou lui-même dans le cas du psychodrame par exemple) agirait spontanément dans la situation telle qu'elle évolue continuellement. Et si le patient peut certes réfléchir et prévoir comment la situation évoluera, il en est de même dans sa vie réelle. Le jeu de rôle permet de voir le patient agir avec les mêmes ressources que dans sa vie.

L'un des derniers mais plus intéressants arguments se résume en ces deux simples phrases : "*Both forms of behavior resulted in superior adjustement and a better self-concept. The word "and" is really superfluous since behavior and self-concept are the two sides of the same coin: one the external, the other, the internal, faces of the individual.*"[144].

Cette réflexion argumente que, comme il paraît évident, un individu agit en fonction de l'image qu'il a de lui. Il suffit de relire les paragraphes dédiés à la *narrative therapy* pour finir de s'en convaincre si ce n'est pas le cas. L'individu régule son comportement en fonction de ce qu'il sait (ou pense savoir) de qui il est, de ce qu'il aime, de l'image qu'il souhaite donner, … Cependant, il est plus étonnant mais tout aussi fondé à présent que l'inverse est également vrai : l'image que l'on a de soi change en fonction du comportement que l'on a. Si cela paraît encore logique pour les comportements spontanés (j'agis, je constate le résultat, je module l'image que j'ai de moi en fonction), ça n'en est pas moins vrai pour les comportements factices. Certains diront qu'il s'agit d'une conséquence du conditionnement : répéter un comportement l'ancre dans l'individu de manière de plus en plus automatique; d'autres argumenteront que la limite entre identité et rôle s'efface à mesure que le cerveau ne distingue plus ce qui est du rôle et ce qui ne l'est pas. Une autre vision pourrait être que l'individu expérimente de nouvelles manières d'être, pour être plus conforme à l'image qu'il préférerait avoir (*prefered view of self*), et qu'il modèle par voie de conséquence l'image qu'il a de lui afin de s'en rapprocher, et c'est sans doute ce que nous retiendrons personnellement ici afin de se rapprocher de la *narrative therapy*. Le pourquoi n'a

[144] "Les différentes formes de comportement aboutissent à une meilleure adaptation et à une meilleure image de soi. Le mot "et" est vraiment superflu puisque le comportement et l'image de soi sont les deux faces de la même pièce : une est l'externe, l'autre, l'interne, les faces de l'individu.".

cependant pas encore été étudié. Ce qui l'est, c'est qu'on peut moduler l'image d'un individu simplement en lui permettant de jouer un rôle, c'est à dire en lui faisant adopter un comportement nouveau.

II - 4 Utilisations du jeu de rôle psychothérapeutique

Il nous reste une dernière partie à étudier, avant de rapporter nos propres approches exploratoires du jeu de rôle. Bien que très peu connu en France, un certain nombre de psychiatres et/ou psychologues ont déjà utilisé le jeu de rôle, et publié sur leurs résultats.

II - 4a Le jeu de rôle psychothérapeutique de Corsini

Comme annoncé, nous commencerons avec Raymond Corsini. Dans son ouvrage de 1966, *Role playing in psychotherapy*[63], il rend compte de très nombreuses approches qu'il a pu utiliser, illustrées de nombreux cas cliniques.

Malgré que nous commencions avec ses travaux, particulièrement riches, il n'y a pas dans tout son livre un cas clinique qui paraît plus légitime que les autres à être mis en valeur. Il utilise le jeu de rôle de manière individuelle et en groupe, chez les adolescents, les adultes, les personnes détenues, … Les problématiques principales de ses patients sont des troubles dans les relations, qu'il s'agisse de relations conjugales, familiales, de couple, … mais pas seulement; ainsi, il présente un adolescent victime de harcèlement scolaire, des victimes de viols, …

Ce qui est notable, c'est que bien qu'il écrive lui-même que ce soit loin d'être systématique - pour ne pas dire rare - il présente de nombreux cas clinique où le patient présente un *peak*, que nous aurions ici tendance à traduire par acmé, ou même par discrimen en référence au processus scénaristique (théâtre notamment). A la lecture du chapitre de Sarah Lynne Bowman et Andreas Lieberoth[51], on pourrait le réinterpréter comme un saignement critique.

Ce que Raymond Corsini appelle *peak* est en fait un évènement dans le jeu de rôle, intense, qui se déclenche brutalement et spontanément, le plus souvent avec une participation affective intense. Bien qu'il ne le recherche pas nécessairement (il ne pratique pas le "*play to bleed*"), il décrit cet évènement comme souvent salutaire.

Donnons simplement deux exemples différents, afin de percevoir toutes ces dimensions. L'adolescent victime de maltraitance physique au collège a joué un rôle dans un groupe de

parole, Corsini lui a demandé de jouer King Kong, tandis que tous les autres participants devaient mimer l'effroi devant lui. Il a ainsi, pendant dix minutes, ressenti un plein pouvoir et de la puissance. La semaine suivante, lorsqu'il revient au groupe de parole, il est couvert de bleus et autres marques de coups, et explique qu'il a passé trois jours à sa battre avec les élèves qui l'embêtaient, et que depuis plus personne ne le faisait. Si on peut peiner à qualifier cet exemple de thérapeutique (comme c'est le cas aussi pour quelques autres exemples parmi les nombreux que donne Raymond Corsini), on perçoit bien l'effet du saignement extériorisé intense, pendant dix minutes, sur cet adolescent.

L'autre exemple et un homme plus âgé, qui se plaint de sa relation avec son père qu'il décrit comme colérique et autoritaire. Au cours d'un jeu de rôle, subitement, il fuit et sort de la pièce face à la personne qui joue le rôle de son père. Il revient et réitère le même comportement en rejouant la scène. C'est la première fois qu'il fait ça, et décide de l'adopter face à son père quand celui-ci se met en colère. Notre rôle n'est pas de dire si sa solution est la bonne ou non, s'il s'agit d'une conduite adaptée ou non. Nous constaterons simplement qu'il a pu développer un nouveau comportement qu'il juge efficient, et dont il est pour l'heure satisfait. Comportement qu'il a pu développer en sécurité dans le cadre du jeu de rôle, et non réellement face à son père. Si les conséquences de développement du comportement sont les mêmes - car il était immergé dans le jeu de rôle - la sécurité émotionnelle est bien plus grande en jeu de rôle. C'est finalement ce qu'à également fait l'adolescent, même si le comportement qu'il a développé est encore plus discutable.

Nombreux sont les psychothérapeutes à considérer ce genre de "risque" comme inhérent au jeu de rôle. Cependant, on peut répondre de deux manière : soit le jeu de rôle n'est qu'un outil thérapeutique comme un autre, et de fait un mauvais conseil peut au moins faire tout autant de mal, soit il est bien supérieur dans le vécu, et donc si les risques sont plus grands, les possibilités d'amélioration le sont également. Dans les deux cas, si effectivement le fait de faire jouer King Kong à cet adolescent était peut-être inadapté, cela n'enlève en rien l'utilité du jeu de rôle psychothérapeutique (et même comme loisir, non dirigé vers une psychothérapie).

Nous ne développerons pas plus l'œuvre de Corsini. Il y développe bien plus que nous ne pouvons aborder ici. On peut y trouver tout une méthodologie du jeu de rôle de groupe, en huit séances par participants, mais dont les participants peuvent changer au fur et à mesure.

Des techniques assez similaires à celles de Corsini seront abordés avec l'étude du travail de David Kipper (cf. partie II - 4c).

On peut relever de son travail que, bien qu'il y développe le plus souvent des techniques où le patient se joue lui-même, on peut y trouver malgré l'époque (1966) des ébauches de scénarii complètement fictifs, par exemple cet adolescent jouant King Kong. Ainsi, Corsini poursuit et développe grandement le travail de Moreno, tout en jetant les bases d'une pratique plus contemporaine.

II - 4b Karen G. Boies, jeu de rôle et comportement

Le travail de Karen Boies pourrait déjà servir à confirmer de nombreuses choses que nous avons écrites jusqu'ici. Le travail qui nous intéresse est une revue de la littérature paru en 1972, *Role playing as a behavior change technique - Review of the empirical literature*[65].

Avant d'aller plus loin, il faut bien préciser que si l'époque fait que le psychodrame prend une grande place dans cette revue de la littérature, il n'est pas seul. De plus, déjà à cette époque la littérature était conséquente (articles et livres), puisque Karen Boies relève notamment 9 travaux sur un ou des cas cliniques (dont celui de Corsini), 14 sur de vraies études cliniques, 11 sur des applications à des populations spécifiques (utilisateurs de substances ou d'alcool, adolescents, patients diagnostiqués schizophrènes, …), et surtout plus de 20 sur le changement de comportement.

Elle distingue notamment plusieurs écoles théoriques ayant des visions différentes du jeu de rôle, en commençant par les comportementalistes : "*Behavior therapists describe role playing without evoking concepts of emotional involvement. They see role playing as an effective technique to help a person learn new skills through behavioral rehearsal under the direction of a therapist (Lazarus, 1966).*"[145]. Ainsi, à son époque, il est assimilé par certains à une techniques d'apprentissage par la répétition, pour ne pas dire le conditionnement.

Après avoir également écarté la lecture analytique (et les abréactions qui surviennent au cours du jeu comme au cours de l'analyse), elle définit ce qu'est le jeu de rôle pour la plupart des thérapeutes qui l'utilisent : "*Other uses of role playing are not as behavior specific as behavioral rehearsal but do not require abreaction of repressed conflicts. Role*

[145] "Les thérapeutes comportementaux décrivent le jeu de rôle sans parler des conceptions d'implication émotionnelle. Ils perçoivent le jeu de rôle comme une technique efficace pour aider à l'apprentissage de nouvelles compétences grâce à la répétition comportementale supervisée par un thérapeute (Lazarus, 1966).".

playing as a personality change technique and as an attitude change procedure fall within this group. While the theoretical concepts underlying personality change through role playing are not always clearly stated, workers in this area seem to feel that if a person's ability to take the roles of others is increased through exposure to role playing one is likely to see positive changes in his personality (Harrow 1950, 1952; Mann & Mann, 1958, 1959).”[146]. Cet extrait nécessite un approfondissement dans ce qui ressort de l’utilisation des jeux de rôles. On peut noter déjà que la capacité d’immersion dans le personnage est importante, mais plus encore que c’est la capacité à prendre le rôle des autres qui est ici une clef de l’effet thérapeutique, ainsi on retombe sur la notion qui fait de l’empathie (et donc de la théorie de l’esprit) un mécanisme capital dans le jeu de rôle.

Cette simple lecture amenant à une réflexion : n’est-ce pas le fait d'éprouver des sentiments ou d’avoir des pensées qui ne sont habituelles pour nous qui donnerait au jeu de rôle sa capacité thérapeutique ? Ne serait-ce pas, du moins pour partie, un “entraînement social”, un entraînement à des situations sociales, et allons plus loin, à des possibilités de personnalité, qui entraîne la découverte de nouvelles possibilités et permet un changement ? Ironiquement, de nombreux jeux de rôle attribuent de l’expérience au personnage quand celui éprouve ses capacités, certains quand il réussit, d’autres quand il échoue. Le fait de jouer des rôles ferait-il gagner “de l’expérience” au joueur dans ses compétences de sociabilité et de connaissance de soi ? Cette théorie, en 1972, Karen Boies ne la perçoit pas, et écrit simplement “*the theoretical concepts underlying personality change through role playing are not always clearly stated*”.

Tandis que ce travail évoque tous types de jeux de rôles, comportementaux, psychodramatiques, psychanalytiques et “autres”, Karen Boies résume simplement cette diversité ainsi : “*While role playing techniques differ both in practice and in goals, the major differences seem to be in three areas: degree of emotional involvement, spontaneity*

[146] “Les autres usages du jeu de rôle ne sont pas spécifique à l’action comportementale telle que la répétition du comportement mais ne nécessitent pas d’abréaction des conflits réprimés. Le jeu de rôle comme technique de changement de la personnalité et comme méthode de changement de comportement se situe dans ce groupe. Alors que les conceptions sous-tendant le changement de personnalité à travers le jeu de rôle ne sont pas toujours clairement établies, ceux qui travaillent dans ce champ semblent penser que si la capacité d’une personne à prendre les rôles des autres est augmentée à travers l’exposition qu’est le jeu de rôle celle-ci est plus à même de voir des changements positifs dans sa personnalité (Harrow 1950, 1952; Mann & Mann, 1958, 1959).”.

required of the player and the nature of all participants' responses."[147]. Ainsi, sans que nous ne le détaillons, elle évoque l'implication mouvante du coordinateur (*director*), qui parfois impose un rôle à un patient, en première ou en deuxième intention; elle retrouve ou non l'implication active d'une audience (souvent d'autres patients, comme c'est le cas chez Corsini); elle évoque le fait que la scène soit débriefée, puis ou non rejouée (parfois par l'audience); …

Karen Boies n'est pas sans critique, et retrouve un certain nombre de limites dans tout ou partie des travaux qu'elle a analysés. Bien entendu, la première difficulté est la fiabilité d'une technique pour mesure les changements comportementaux. Parce qu'on ne parle pas de troubles quantifiables, mais de dysharmonie entre l'image de la personne et celle qu'elle aimerait avoir (ou tout autre lecture si on ne s'appuie pas sur la *narrative therapy*), il est difficile de recueillir des indices autres que subjectifs. Et encore, toutes les études ne s'appliquent pas à rechercher de tels indices.

L'autre critique, mais que nous aurions tendance à pondérer après nos propres remarques, et que parfois le jeu de rôle travaillé n'est pas en adéquation directe avec la problématique ou l'effet thérapeutique recherché : "*Another major criticism is the application of role playing techniques to almost any problem with the expectation that desirable changes will be produced even if the role played scenes are not closely related to the problem. Authors seem to feel that enacting of scenes, frequently designed by the Ss, will produce general personality changes such as improved interpersonal adjustment and improved ability to take the roles of others. It is not surprising when studies find little change in interpersonal adjustment produced by playing scenes centering on class material (Mann & Mann, 1958, 1959a, 1960; Coleman, 1948). Certainly the job training literature reflects a more reasonable usage of role playing: assess the problem and design the role playing scenes so as to be relevant to the problem.*"[148]. Il semble logique pour Karen Boies, sans

[147] "Tandis que les techniques de jeu de rôle diffèrent tant dans leur pratique que dans leurs objectifs, les différences majeurs semblent être réparties en trois secteurs : le degré d'implication émotionnelle, la spontanéité requise du joueur et la nature des réponses de tous les participants.".

[148] "Une autre critique importante est l'application des techniques de jeu de rôle à presque tous les problèmes avec l'attente que les changements souhaités vont survenir même si les scènes jouées ne sont pas fortement liées au problème. Les auteurs semblent penser que l'interprétation de scènes, souvent conçues par les sujets, va produire des changements dans la personnalité générale comme l'amélioration de l'adaptation interpersonnelle et une meilleure capacité à se mettre à la place des autres. Ce n'est pas surprenant quand des études trouvent un petit changement dans l'adaptation interpersonnelle induit par l'interprétation de scènes

comprendre les mécanismes impliqués dans les changements thérapeutiques, et sans outils permettant de les mesurer, de douter de l'utilité de jouer des scènes sans rapport direct avec la problématique du patient.

Profitons de cette remarque pour noter que de telles scènes seraient certainement effectivement plus efficientes que des scènes où le problème est suggéré, "déguisé". Mais si les thérapeutes agissent ainsi, c'est probablement plus par souci de préserver le patient. En effet, si la thérapie d'exposition nous a appris quelque chose (voir partie II -2d), c'est qu'une thérapie directe est très efficiente mais que le taux d'abandon est important. Si, contrairement à 1972, les effets thérapeutiques des jeux de rôle sont de mieux en mieux définis, leurs effets iatrogènes ne sont encore pas du tout évalués, et sont pourtant très craints.

Karen Boies pondère ces critiques par le constat d'un optimisme certain dès son époque : "*In spite of the lack of concrete empirical demonstrations of behavior change, most who have worked with role playing feel it is a successful therapeutic procedure. Professionals of different theoretical orientations give different explanations of the technique's effectiveness. [...] The experimental literature unfortunately has not yet reached a level where these hypotheses may be tested.*"[149]. Il est intéressant de revenir sur le fait que cette technique est, comme réécrit ici, inter-école théorique. Et, comme vu dans la partie II-1, les points communs aux psychothérapies sont souvent le fondement de leur efficacité commune, au-delà de leurs explications divergentes.

II - 4c David A. Kipper, l'apogée du jeu de rôle

Le 20e sicèle a vu le jeu de rôle se développer de plus en plus dans le domaine psychothérapeutique. Partant initialement du psychodrame créé par Jacob Moreno (voir Partie II - 2b), puis de la *Role-fixed Therapy* de Georges Kelly[66], et enrichi de centaines de techniques par la suite.

David Kipper, psychologue clinicien, a longtemps travaillé sur le jeu de rôle psychothérapeutique. Il en ressort en 1986 l'une des synthèses les plus complètes sur la

---

centrées sur du matériel pédagogique (Mann & Mann, 1958, 1959a, 1960; Coleman, 1948). Sans doute la littérature sur l'apprentissage d'une tâche reflète un usage plus raisonnable du jeu de rôle : évaluer le problème et concevoir les scènes de jeu de rôle afin qu'elles soient significatives du problème."

[149] "Malgré le manque de démonstrations empiriques concrètes, la plupart de ceux qui ont travaillé avec le jeu de rôle ont le sentiment que c'est une méthode thérapeutique efficiente. Les professionnels d'orientations théoriques différentes donnent des explications différentes à l'efficacité de cette technique. [...] La littérature expérientielle n'a malheureusement pas encore atteint un niveau où ces hypothèses peuvent être testées.".

question : *Psychotherapy through clinical role playing*[67]. Comme annoncé dès le titre de cette section, ce livre est écrit à l'apogée de l'utilisation du jeu de rôle comme psychothérapie.

Il existe à l'époque des centaines de techniques différentes. Kipper initiera une classification de celles-ci, via des techniques générales, des techniques spécifiques, et des techniques situationnelles[150]. De plus, Kipper émet également des théories sur les différents types de rôle (se jouer soi, jouer une personne connue, jouer une personne mal ou non connue ou générique), théories qui permettent d'anticiper l'utilisation du jeu de rôle sur table.

En effet, David Kipper utilisait principalement le jeu de rôle à la manière du psychodrame, c'est-à-dire pour rejouer des situations réelles concernant le patient, ou jouer des situations hypothétiques qui le concerne. Bien que plusieurs techniques sortent de ce cadre, David Kipper reste en grande majorité dans les limites du psychodrame ou de la *Role-fixed Therapy*[151]. Cependant, les définitions et le cadre théorique qu'il pose permettent de supporter bien plus que ces utilisations.

Il est d'ailleurs notable que plusieurs fois, David Kipper théorise l'intérêt de jouer un autre rôle que le sien, mais limite toujours cela. Pour ne donner qu'un exemple, voici l'une des indications qu'il préconise au *Role reversal*[152] : *"2. When the therapist needs more information about the protagonist. Many protagonists venture to reveal more about themselves once taken out of their own roles and placed in a role of the auxiliary. Getting out of their roles often reduces their original defensive and guarded postures."*[153]. Il note également que la personnalité du patient ressort plus lorsqu'il joue un rôle peu défini et

[150] Les techniques situationnelles étant les plus nombreuses et les plus diverses, Kipper initie pour celles-ci une classification particulière que l'on pourrait résumer en huit catégorie, selon trois algorithmes binaires : technique de groupe ou individuelle, un objectif explicitement dévoilé ou implicite (caché), et une situation jouée qui correspond aux problèmes concrets du patient ou qui s'y réfère de manière abstraite.

[151] Pour présenter très brièvement cette thérapie (présentation qui sera réductrice), il s'agit pour le thérapeute de faire jouer une ou des scènes au patient, puis de "corriger" son personnage avec des consignes, que le patient doit s'efforcer d'appliquer. Ces corrections peuvent durer le temps de la séance ou bien plus longtemps.

[152] Technique issu du psychodrame qui consiste à inverser son rôle avec celui de son interlocuteur, forçant les joueurs à inférer sur les pensées et affects de l'autre, et à les ressentir a minima.

[153] "2. Quand le thérapeute a besoin de plus d'informations sur le protagoniste. Beaucoup de protagonistes osent plus se dévoiler une fois sortis de leur propre rôle et mis dans le rôle de l'auxiliaire. Sortir de leurs rôles diminue souvent leurs attitudes défensives.".

pour lequel il n'a pas de modèle (*mimetic-pretend*, par opposition à *mimetic-replication* où il joue le rôle d'une personne qu'il connaît bien et/ou qui est présente lors de la session).

Ainsi David Kipper expose sans que cela soit son but d'autres bases théoriques pour le jeu de rôle sur table, tout en apportant une très riche expérience du jeu de rôle psychothérapeutique classique. On notera d'ailleurs que son livre étant publié tardivement (1986), il reprend nombre de travaux antérieurs à lui, par exemple ceux de Raymond Corsini, dont nous avons cité l'un des livres ici (cf partie II - 4a).

Ces travaux sont principalement dirigés vers la psychothérapie de groupe, bien qu'il défende également son utilisation en thérapie individuelle. De même, il tente de ne pas se positionner entre le jeu de rôle comme outil ponctuel au cours d'une psychothérapie (ce que défendait Raymond Corsini), et comme technique principale; cependant son utilisation décrite tout au long de l'ouvrage correspond bien à une technique (ou plutôt à un corpus de techniques) psychothérapeutique autour de laquelle les séances sont entièrement orientées.

II - 4d Le jeu de rôle sur table comme aide à la psychothérapie

Alors que la chronologie avance, on peut commencer à trouver des articles concernant spécifiquement le jeu de rôle sur table. Le cas clinique que nous allons maintenant voir date de 1994, et a été publié par le psychiatre américain Wayne Blackmon[68].

En suivant simplement une quinzaine de phrases clefs qui résument le cas clinique, nous pouvons retrouver une grande partie des bases théoriques que nous avons déjà apporté durant ce travail. Ainsi, si ce cas clinique représente sous doute la première utilisation publiée des jeux de rôle sur table, il va surtout nous servir de résumé pour avaliser notre travail.

"*This article demonstrates how a young man with an obsessional, schizoid personality was treated by utilizing a fantasy game, Dungeons and Dragons, as a vehicle for releasing his unconscious fantasies. It aims to show how the game may serve to free fears and feelings for useful consciousness with enhanced ego development so as to improve the patient's*

ability to interact with others and feel comfortable with himself.[154]". Prendre conscience, des peurs et sentiments par exemple, est à la base de nombreuses théories explorées jusque là, par exemple la *narrative therapy* (prendre conscience des gap pour apprendre à les gérer) ou la psychologie développementale à travers le jeu (avec la théorie de l'esprit). Enfin, que le jeu de rôle soit un véhicule, un médium, nous avons pu le constater à travers par exemple le saignement (*bleed-in*, *bleed-out*).

"*At first, Fred tended to keep distance from me. He was only involved in treatment superficially but appeared to need assistance in defining life goals for himself. He used intellectualization and other obsessive defenses, but there was also an element of emotional impulsivity*."[155].

"*During the early part of the second year Fred made his first social contact outside of therapy by joining a group of "fringe people like myself" in a game of Dungeons and Dragons. At first, I was reluctant to encourage his bringing me material from his game sessions as it appeared to be resistance; however, it did allow him some social contact, and the eagerness with which he told me about the game indicated to me the importance of his sharing this material. I began to encourage him to bring summaries of episodes into therapy and to ask about motivation and feelings of characters. Therapy was now confined to his displaced material, and emotional content began to emerge. He returned to school during this period. After six months of this approach, Fred was able to verbalize feelings toward me and began to abandon the need to speak through the displaced medium of Dungeons and Dragons.*"[156]. Il y a plusieurs éléments qui sont mêlés ici. Le cadre particulier du jeu de rôle

[154] "Cet article démontre comment un jeune homme avec une personnalité schizoïde et obsessionnelle a été traité en utilisant un jeu imaginaire, Donjons et Dragons, comme un médium d'expression de ses pensées inconscientes. Il vise à montrer comment le jeu peut servir à libérer les peurs et sentiments, pour en prendre conscience, permettant un meilleur développement du soi, et ce afin d'améliorer la capacité du patient à interagir avec les autres et à être à l'aise avec soi-même".

[155] "Au début, Fred tendait à garder une distance avec moi. Il ne s'impliquer que superficiellement dans le traitement, bien qu'ayant manifestement besoin d'aide afin de se définir des buts. Il utilisait l'intellectualisation et d'autres défenses obsessionnelles, mais il y avait toujours un élément d'impulsivité émotionnelle.".

[156] "Durant le début de la seconde année, Fred a eu son premier contact social en dehors de la thérapie, en rejoignant un groupe de "gens aussi étranges que moi" dans un jeu de Donjons et Dragons. Au début, j'étais réfractaire à l'encourager à m'apporter du matériel de ses séances de jeu puisque cela ressemblait à de la résistance; cependant, cela lui a permis des contacts sociaux, et la rapidité avec laquelle il me parlait du jeu m'indiquait l'importance de son apport de ce matériel. J'ai commencé à l'encourager à apporter des résumés de ses parties en thérapie et à l'interroger sur les motivations et sentiments des personnages. La thérapie était maintenant réduite à ce matériel déplacé, et du contenu émotionnels commençait à en émerger. Il est retourné à l'école durant cette période. Après six mois de cette approche, Fred était capable de verbaliser des

sur table en dehors d'un travail psychothérapeutique fait que cette activité crée des contacts sociaux de manière contingente, non-spécifique au fait qu'il s'agit de jeu de rôle, et il est impossible de dire formellement que c'est la nature même du jeu de rôle, et non son statut d'activité collective, qui est à l'origine de l'amélioration, du retour à l'école, … Cependant, on peut noter que c'est cette activité à laquelle le jeune Fred a adhéré, s'y reconnaissant de quelque façon ("*a group of "fringe people like myself""*)[157]. L'autre fait qui nous intéresse ici est l'approche qui concerne les motivations et sentiments des personnages, qui est un intermédiaire pour, par la suite, pouvoir parler des sentiments propres du jeune homme. Il est probable que les deux soient en fait très liés, du fait des mécanismes de saignement, et même si on pourrait inférer que le jeune homme n'en soit pas conscient.

"*He stated that he had been able to experience the full range of feelings from hate to love in therapy, first displaced, then toward me, and that my tolerant, encouraging attitude allowed him to develop the sense that these emotions are permissible*."[158] On en revient ici à l'idée évoquée dans la section précédente par David Kipper, comme quoi sortir de son propre rôle permet au patient de s'autoriser plus de choses et de faire tomber certains mécanismes de défense. C'était également la lecture par Sarah Lynne Bowman et Andreas Lieberoth concernant l'alibi, où comment les joueurs légitimaient les actes de leurs personnages par les motivations de ceux-ci, le contexte en jeu, ...

"*Fred eventually joined several games and developed complete characters in each, with mores, personalities, hopes, fears, and emotions. As he described his ongoing adventures in therapy, it became possible to use each projectively and relate the characters' thoughts, feelings and motives.* [...] *Further he revealed how such feelings were always difficult to express, but that he could see himself experiencing these feelings [...] again and again in many situations*. [...] *As he first expressed them in a displaced way and got used to them in fantasy, he could feel safe with his feelings and begin to direct them more directly to another*

---

sentiments à mon égard et à commencer à ne plus avoir le besoin de parler à travers ce médium déplacé qu'était Donjons et Dragons.".

[157] Dans les années 1990, il aurait été aisé, et même de bon ton, de faire le lien avec sa personnalité "schizoïde", puisque le jeu de rôle papier était alors considéré comme un loisir marginal et étrange. Nous notons "schizoïde" entre guillemets, car on nous annonce deux troubles de la personnalité chez ce jeune homme, ce qui est en opposition avec la définition des troubles de la personnalité.

[158] "Il s'est révélé être capable de vivre tout le panel des sentiments, de la haine à l'amour, en thérapie, d'abord déplacés, puis à mon encontre, et que ma tolérance, qui encourageait son attitude, lui a permis de développer la sensation que ces émotions étaient autorisées.".

person.”[159]. On retrouve ici l’idée d’exposition narrative, mais également les théories de psychologie comportementale. Ces théories se confondant bien évidemment avec l’usage pédagogique du jeu de rôle, lorsqu’il est utilisé à des fins d’apprentissage ou d’entraînement.

“*He continued in therapy with me in more traditional ways, off and on, over a period of ten years after his suicide attempt. He is now a more openly emotional person who does not need to displace his feelings.*”[160].

Comme annoncé, ce bref aperçu a permis de revoir une bonne partie des théories recensées jusqu’à présent. Le même article présentant une courte revue de la vision du jeu et de l’imaginaire au cours du 20e siècle. On notera simplement comme ouverture deux exemples sur tout ceux donnés, qui font écho à la *Narrative Exposure Therapy* par leur connotation préventive et curative des évènements psychotraumatiques, point que nous n’avons pas réellement développé. Robert Wälder a écrit en 1932[69] que le jeu et l’imaginaire étaient “*[An] instinctual gratification and assimilation of disagreeable experiences*”.[161]. Joseph Wolpe[70], lui, parlait de l’imaginaire comme “*a systemic desensitization.*”.

Bien entendu, la limite de cet article est que le jeu de rôle survient presque de manière “accidentelle” dans la prise en charge de ce jeune homme, mais cela ne peut entièrement nier son utilité.

II - 4e Le jeu de rôle, activité en clinique

La dernière présentation dans cette partie n’est pas un article. Nous avons interrogé Jérémy Guilbon, infirmier à la clinique de Saumery, qui pratique une session de trois heures

[159] “Fred a finalement intégré plusieurs jeux et développé des personnages complets dans chacun, avec des moeurs, des personnalités, des espoirs, des peurs, et des émotions. Alors qu’il décrivait ses aventures en cours en thérapie, il devenait possible d’utiliser chacune en s’y projetant et en parlant des pensées des personnages, de leurs émotions et de leurs motivations. [...] Plus tard il expliqua que de tels sentiments étaient toujours difficiles à exprimer, mais qu’il pouvait se voir en faire l’expérience [...] encore et encore dans de nombreuses situations. Alors qu’il les a d’abord exprimés de manière déplacée et qu’il s’y est habitué dans l’imaginaire, il s’est senti à l’aise (*safe*) avec ses sentiments et a commencé à les diriger directement vers d’autres personnes.”.

[160] “Il a continué sa thérapie avec moi de manière plus traditionnelle, avec des arrêts et des reprises, pendant une période de dix ans après sa tentative de suicide. Il est maintenant une personne plus ouverte émotionnellement, qui n’a pas besoin de déplacer ses sentiments.”.

[161] “[Une] satisfaction et une assimilation instinctuelles des expériences désagréables”.

de jeu de rôle sur table avec cinq patients tous les 14 jours (en parallèle d'une autre activité centrée sur le jeu de société).

Nous lui avons posé 14 questions pour dresser le portrait de cette activité, le texte intégral étant en annexe 1. Nous en reprendrons les éléments principaux ici, mais invitons le lecteur à plutôt lire l'annexe 1 (nous n'en ferons qu'un résumé qui est, malgré nos efforts, superficiel et réducteur).

Cette activité s'inscrit dans le cadre du "Club", une association qui propose des activités aux patients hospitalisés. Elle a commencé en 2017, avec la traduction française officielle de la cinquième version de Donjons & Dragons.

Ce sont les patients qui s'inscrivent spontanément à l'activité, ils n'y sont pas "adressés" ou "orientés". Les participants ont en moyenne entre 20 et 30 ans.

Il propose cette activité dans l'esprit du club, soit dans l'idée de création de liens sociaux, d'amusement, … Contrairement à ce que nous avons fait (cf partie III), le contenu des jeux (qui sont des jeux commercialisés, et pas créés sur mesure pour ces patients) n'est pas spécialement épuré, et on peut mettre en acte (dans le jeu) de la violence, du rejet d'autres joueurs, …

Les bénéfices cités sont avant tout relationnels (création ou renforcement de liens sociaux, collaboration, création et fluidification d'une dynamique de groupe), cependant le fait de jouer un rôle est décrit comme "très plaisant" en soi.

D'un point de vue psychothérapeutique, on note aussi des "passerelles [...] entre le jeu et des moments de psychothérapie", le jeu apportant une dimension clinique indirecte. Le bénéfice cité d'un patient ayant un trouble d'Asperger dans la reconnaissance des codes sociaux est également intéressante.

Le Maître du Jeu peut rapporter certains contenus de séance en réunion pluridisciplinaire, lorsque ces contenus sont particulièrement révélateurs de la personnalité ou de la pathologie du patient. On peut d'ailleurs noter qu'il existe un débriefing à distance, à l'oral ou avec des questionnaires.

En dernière ouverture, nous retranscrivons ici sa vision de l'évolution de cette activité dans l'idéal : elle se ferait avec plus de "soignants" pour préparer et superviser les sessions :

“il faudrait un narrateur, une aide technique (règles, décors, dessins …) et un observateur”. Cette évolution permettrait “un affinage certain des observations thérapeutiques” et “une adaptation des histoires pour travailler des situations précises (chose que j’ai évité jusque-là, étant justement seul)”.

Nous laissons à dessein ces dernières idées en suspens, car elles feront éminemment écho à notre propre pratique, qui se fait à plusieurs et de manière pluridisciplinaire (cf partie III).

II - 5 Vision des professionnels de santé sur le jeu de rôle

En France, le terme “jeu de rôle”, sans même avoir besoin de préciser de quel type de jeu de rôle on parle, peut parfois être assez négativement connoté parmi les soignants, et notamment les médecins psychiatres (mais également, et peut-être plus, dans la population générale). Il existe une méconnaissance et une non-distinction de l’ensemble de ses applications et usages, et passe souvent au mieux pour un “loisir étrange”. Nous n’avons malheureusement pas d’étude en France pour vérifier cela, mais cette vision n’est pas forcément partagée dans le reste du monde. Nous allons très brièvement exposer quelques travaux sur ce sujet afin de le vérifier.

Le premier travail porte sur le point de vue de 48 psychiatres hospitaliers canadiens, étude menée par Eric Lis en 2015[71], afin d’évaluer notre sujet principal, leur perception des jeux de rôles papier type Donjons & Dragons. Le point de vue des psychiatres interrogés sur les MMORPG et sur les réseaux sociaux a également été relevé, et on peut noter qu’une des hypothèses était que les préjugés seraient croissants avec l’âge du praticien interrogés.

Voici les résultats : “*With respect to perceived associations between mental illness and RPGs, 22% believed there was a link. This was lower than the percentage who endorsed an association with social networking sites (37%), blogs or Twitter (33%), or MMORPGs (37%).*”[162], qui ne retrouvaient pas par ailleurs de différence significative selon l’âge du praticien. On peut également noter que 23% des psychiatres interrogés avaient déjà joué à un jeu de rôle, dont 6% au cours des 6 derniers mois (ce qui était alors plus que la population générale).

[162] “En ce qui concerne les associations perçues entre maladie mentale et jeu de rôle, 22% pensaient qu’il y avait un lien. C’était moins que le pourcentage qui approuvaient une associations avec les sites de réseaux sociaux (37%), les blogs ou twitter (33%), ou les MMORPG (37%).”.

Les limites soulevées par cette étude sont le faible pourcentage de réponse (48 psychiatres sur 160 sollicités) et une distribution du questionnaire qui été informatique (éliminant selon les auteurs les psychiatres qui utilisent peu ce média, et dont les réponses pourraient différer des autres); mais elle permet de montrer que les psychiatres qui y ont répondu ont minoritairement l'idée d'un lien entre jeu de rôle papier et psychopathologie (bien que 22% reste un nombre élevé en l'absence de toute preuve, et même avec des articles contradictoires).

Le deuxième travail qui va nous intéresser est une étude de 2018 réalisée par Menachem Ben-Ezra, à laquelle Eric Lis a également participé, portant sur les préjugés des travailleurs sociaux sur les jeux de rôle papier[72]. 130 travailleurs sociaux israéliens en activité ont répondu.

Une première question était le degré auto-évalué de connaissances sur les jeux de rôle papier, avec un score de 1 à 5, les réponses ayant une moyenne de 1,66. La deuxième question portait selon les mêmes modalités sur l'importance pour les travailleurs sociaux d'être mieux renseignés sur les jeux de rôles papier, et la moyenne atteinte était de 3,04. Enfin, les questions suivantes portaient sur les associations entre la pratique des jeux de rôle papier, et des troubles mentaux (de manière générale puis par diagnostic), avec une corrélation perçue cotée pour chacun de 1 à 5.

Les résultats montrent que 34,6% des travailleurs ont répondu qu'il existait un lien entre jeu de rôle papier et psychopathologie. L'analyse multivariée montre qu'être plus âgée et qu'avoir plus de connaissances (auto-évaluées) sur le jeu de rôle était associé à des préjugés moindres, tandis que penser qu'il était important d'en apprendre plus sur les jeux de rôle était plus souvent associé à l'idée d'un lien de causalité (notamment avec les épisodes dépressifs caractérisés, l'anxiété sociale, les autres troubles anxieux et le TDAH).

Le dernier travail et le plus complet est un peu plus éloigné de notre sujet, il s'agit du travail de thèse de 2008 d'Alicia Stewart[73], dans le cadre de son master au *Department of Communicative Disorders and Sciences* de l'université de Buffalo. Elle s'est appuyée sur un questionnaire diffusé auprès des soignants, dont elle présente l'objectif ainsi : "*The purposes of this survey study were to compare the perceptions of professional speech-language pathologists and graduate students regarding the use of role-playing in therapy.*

The survey questions investigated how frequently role-playing is used, why it is used, how effective the technique is, which patient populations are targeted for its use , and what barriers hinder its use."[163].

Concernant les résultats, 87% des professionnels du langage interrogés avaient déjà utilisé le jeu de rôle, la plupart régulièrement (77% l'utilisaient au moins une fois par mois). Les patients étaient le plus souvent des enfants de 5 à 11 ans (70% des professionnels l'utilisaient dans cette tranche d'âge) ou des adolescents de 12 à 17 ans (50%). Cependant, le jeu de rôle restait très utilisé chez les adultes (40%).

Ces professionnels, donc, voyaient le jeu de rôle comme "*very effective*" à 46% dans leurs indications principales. La principale barrière lorsqu'ils ne l'utilisaient pas n'était pas un effet iatrogène, loin de là, mais un manque de compréhension du patient. En fait, il est même notable qu'un effet iatrogène n'est jamais été mentionné.

III - Pratique exploratoire des jeux de rôle sur table en psychothérapie

Pour conclure ce travail, nous avons commencé à pratiquer des ateliers de jeu de rôle sur table à visée diagnostique et psychothérapeutique avec des patients hospitalisés, afin de pouvoir rendre compte de premier résultats.

Ces résultats doivent plus être vus comme un ensemble de cas cliniques, nous n'avons pas fait de cotations d'échelles, d'entretien dirigé ou autre pour tenter de faire des comparaisons.

Sept patients ont été inclus en trois groupes, ayant chacun effectué deux sessions d'environ 45 à 60 minutes. Nous allons présenter chacun de ces sept patients, ainsi que quelques éléments biographiques importants. Les prénoms donnés sont des pseudonymes, qui ne correspondent bien évidemment en rien à la véritable identité des patients.

[163] "Les objectifs de ce questionnaire étaient de comparer les perceptions des professionnels des pathologies de la parole et des étudiants diplômés sur l'utilisation du jeu de rôle en thérapie. Les questions du questionnaires interrogeaient sur l'usage des jeux de rôle, la fréquence, l'indication, l'efficience de la technique, le profil de la population de patients chez qui on les utilisaient, et les limites à cet usage."

III - 1 Méthodologie générale

Nous avons souhaité créer et proposer une activité de jeux de rôle au sein d'unités hospitalières dans deux terrains de stage d'internat. La création d'une telle activité a nécessité un accord unanime des soignants et médecins responsables de ces unités.

Contrairement à l'activité qui a lieu à la clinique de Saumery (cf partie II - 4e), l'activité a été proposée par les soignants à certains patients de manière ciblée, la participation n'était pas à l'initiative du patient. Cela dans une logique simple : ces unités accueillaient une grande partie de patients dans des phases aiguës, parfois sous contrainte, phases au cours desquelles ils n'auraient pu participer pleinement à une activité de presque une heure (du fait de leur état psychique comme de la iatrogénie des traitements sédatifs).

Tous les patients ont donné leur consentement pour cette activité, en connaissance de l'enjeu d'un travail de thèse autour. Nous avons proposé au troisième groupe un enregistrement audio afin de pouvoir le réécouter et mieux l'analyser, mais l'un des patients n'a pas souhaité.

La seule restriction que nous nous étions imposée pour le choix des patients était la non-inclusion des patients présentant des troubles psychotiques non stabilisés. En effet, la perte de l'ipséité du moi, le morcellement interne, la perméabilité psychique à l'autre, … auraient rendu difficile la pratique d'une activité comme le jeu de rôle.

Le choix des patients s'est fait collectivement, par les soignants qui allaient participer à l'activité, c'est à dire un interne, un psychologue (ou un étudiant en psychologie pour le deuxième terrain de stage) et un à deux autres soignants (infirmiers ou aides-soignants) selon les groupes, et a également été discuté avec le reste de l'équipe de soins (médicale et paramédicale).

Pour chaque patient choisi, le groupe de soignant a réfléchi à un point particulier sur lequel concentrer les tentatives de travail psychothérapeutique, c'est à dire une facette de sa personnalité, de sa relation aux autres, … sur lequel un travail psychothérapeutique pourrait être intéressant et dont les sessions de jeu de rôle tenteront de mettre en valeur les forces ou les limites. Sont également créés de la même façon les personnages que joueront les patients (nom, âge, apparence, court résumé biographique et situation actuelle) et le scénario qui va leur être proposé.

Du fait d'un temps d'hospitalisation limité pour chaque patient (nous ne voulions pas rallonger la durée d'hospitalisation des patients du fait de leur participation à l'activité), nous avons conçu le jeu de rôle pour qu'il dure deux sessions. Il aurait été bien plus intéressant que ces sessions durent, comme par exemple peut le montrer l'article de Wayne Blackmon[68], de même que nous aurions préféré pouvoir mener cette activité de manière ambulatoire, mais avons dû nous adapter aux contraintes des services.

Concernant ces deux sessions, chacune a une durée d'environ 45 à 60 minutes. Le jeu de rôle en lui-même durant environ 30 minutes.

La première session commence par une courte introduction sur le jeu de rôle, sur ce qu'est cette activité et ce qu'elle n'est pas (sur la différence avec le théâtre ou le jeu de rôle grandeur nature, sur le fait qu'on ne juge pas les performances des patients, …).

Puis nous présentons aux patients leurs personnages, chacun recevant une fiche imprimée avec un court texte décrivant son personnage (cf. plus haut) et un chevalet comportement le nom de son personnage et une image pour lui-même et les autres, facilitant l'immersion (sur des séances plus longues, cela ne serait pas forcément nécessaire). Si les patients ont des questions, nous y répondons, comme à chaque étape.

Après leurs propres personnages, nous présentons le rôle des soignants, à commencer par le(s) personnage(s) joués par le(s) infirmiers et/ou aides-soignants. En effet, chacun de ses soignants joue un rôle propre et unique, qui sera récurrent au cours de la séance et peut servir à faciliter la communication au sein du groupe, à amener des points de scénarii particuliers, … Ces rôles possèdent également un chevalet. Le psychologue est là en tant qu'observateur, et n'a aucun rôle au sein du jeu. Il peut également à sa discrétion aller murmurer à l'oreille d'un joueur des conseils si celui-ci est en difficulté pour s'intégrer au jeu, ressent des sentiments envahissants qui le dérange, … Enfin, l'interne fait fonction de maître du jeu, il décrit donc l'environnement, et interprète les personnages secondaires, dont le rôle est souvent limité à une scène voire à une partie de celle-ci.

Enfin, nous leur présentons la carte X (cf. partie II - 3b et [61]), à laquelle il peuvent faire recours en cas de mal-être important au cours du jeu.

Toute cette partie introductive n'est pas seulement importante pour les explications qu'elle permet, mais également pour l'immersion dans le jeu à venir, qui grandit au fur et à mesure

que les joueurs se représentent la partie. Elle assume partiellement le rôle de la phase de *warm-up* qu'utilise David Kipper[67] lors de ses jeux de rôles[164].

La deuxième session commence également par une phase introductive, mais plus courte que celle de la première session. Cette introduction permet principalement de rappeler les évènements de la première session. Cependant, elle permet également de répondre aux questions qui sont survenues entre temps, auxquelles les patients ont eu le temps de réfléchir entre les 2 sessions (espacées de 5 à 7 jours).

La deuxième partie de chaque session est consacrée au jeu de rôle en lui-même. Contrairement à ce qui peut se faire dans un jeu de rôle classique, nous avons fait le choix de prévoir un scénario assez précis pour chaque session, en anticipant les réponses des patients à chaque situation. Bien entendu, nous avons fait ce choix car ce jeu de rôle se veut avoir des résultats psychothérapeutiques, donc de fait il était important de prévoir une trame pour le déroulé et le dénouement des évènements; cependant le Maître du Jeu ou les personnages des soignants ne doivent pas persévérer dans la trame prévue si les patients déploient une réponse aux évènements que nous n'avons pas su anticiper.

Le jeu de rôle dure environ 30 minutes. Ce temps peut-être (et dans notre pratique a été) réparti en plusieurs scènes (comme c'est le cas au théâtre), chaque scène devant impliquer au moins le personnage d'un patient, et peut inclure un personnage de soignant (et pas plus, car il est plus intéressant de faciliter l'interaction entre les personnages des patients qu'entre ceux des soignants).

Nous avons gardé la possibilité d'imprimer quelques images des lieux ou des personnages menés par le maître du jeu afin, là encore, d'aider à l'immersion des patients).

A noter que lors de la première session, le but est plus que les joueurs s'attribuent le rôle de leur personnage, se familiarisent dans la relation, et que l'on commence à entrevoir les antagonismes ou les différends. Lors de la deuxième session, ces différends arrivent sur le devant de la scène par la survenue d'évènements précipitants, afin que les patients, à travers leurs personnages, puissent s'y confronter et y apporter des réponses.

[164] Première phase de ce qu'il présente comme son modèle de thérapie par jeux de rôle psychothérapeutiques, le *warm-up* permet de préparer les patients à assumer un rôle, à ré-instaurer au début de chaque session le climat des séances (souvent faites en groupe), et à choisir parmi les patients celui qui aura le rôle principal lors de cette session, celui qu'il appelle le "protagoniste" et sur qui l'effort psychothérapeutique va se concentrer.

La troisième et dernière partie est une conclusion, un débriefing (qui là encore peut correspondre aux phases décrites par David Kipper[67]). Et sa durée est inverse à celle de la première partie : elle est plus courte lors de la première session que lors de la deuxième.
Lors de la première session, cette partie permet de faire un premier bilan de l'activité, savoir si les patients ont apprécié leur participation, ce qui a pu leur poser problème et quelles solutions y apporter. Elle permet également de fixer avec les patients la date de la session suivante.
Lors de la deuxième session, cette phase est plus complète. Il s'agit de revenir sur l'activité dans son intégralité, collectivement et individuellement. Chaque patient est amené à parler de son expérience du jeu, de son ressenti et de ses émotions, mais également de l'évolution entre la première et la deuxième session. Bien entendu, cela ne doit pas empêcher de pouvoir en reparler par la suite en entretien individuel, surtout si le patient émet des réticences à se dévoiler au groupe. Cette expérience recueillie "à chaud" est intéressante, plus spontanée que ce que l'on a pu recueillir par la suite à distance.

Bien entendu, si l'activité s'arrête ici pour les patients, les soignants eux se regroupent par la suite pour faire un débriefing entre eux. C'est là que le rôle de l'observateur (assumé par le psychologue) prend tout son sens, car il a été le seul qui ne devait pas gérer un ou plusieurs rôles au cours de la partie, et a donc pu mener une observation globale de l'extérieur.

III - 2 Présentation des sept patients

III - 2a Delphine

Delphine, patiente de 41 ans. Parents décédés lorsqu'elle avait 5 et 8 ans, six frères et sœurs dont deux décédés de mort violente. Suivi avec plusieurs hospitalisations depuis quelques années suite à un passage à l'acte hétéro-agressif (probablement dans un contexte de mélancolie délirante) puis tentative de suicide. Depuis ce passage à l'acte, procédure de divorce en cours.
Cliniquement, lors des hospitalisations, nous recevons une patiente très angoissée, avec une thymie effondrée de manière assez durable dans le temps. La patiente a un vécu abandonnique majeur (qui est à l'origine d'idées suicidaires), la séparation de l'autre ou son anticipation sont sources d'angoisses majeures. Les hospitalisations sont souvent longues, la

patiente s'impliquant dans toute activité que les soignants peuvent lui proposer (probablement afin de passer du temps avec eux).
Devant ce tableau, le trouble thymique ne fait pas de doute, probablement sur un trouble de la personnalité ancien sous-jacent.

Delphine est la seule patiente à qui nous avons proposé de participer à deux cycles successifs d'activité, parce que le premier avait donné des résultats intéressants dans la compréhension de son fonctionnement mais décevant sur le plan psychothérapeutique. C'est probablement la patiente pour qui le jeu de rôle a le moins bien fonctionné.
Lors du premier cycle, nous avons tenté de provoquer une séparation entre le personnage de Delphine et celui d'un autre joueur (Florian). Nous souhaitions voir comment Delphine pourrait gérer cette séparation subie par son personnage, tout en lui permettant de rester au côté du personnage du troisième patient (Luc) qui représentait un idéal plus proche du sien.

Delphine interprétait lors de ce premier cycle de deux sessions (cf. Annexe 2 pour les fiches détaillées des personnages) le rôle de Martin Mills, jeune assistant d'une brillante journaliste britannique, Carmina Higgins. Cette journaliste, assistée de son second, Emile Clarks, et du jeune assistant, voyageait à bord de l'Orient-Express pour se rendre à Vienne afin d'y faire un reportage sur des malversations financières. Le dernier personnage était une photographe qu'ils connaissaient peu (Caroline Phillips), interprétée par une infirmière.[165]
Il faut préciser que Carmina est une journaliste pour qui l'éthique passe au premier plan, par dessus tout, et qu'elle s'interdit donc beaucoup de choses. Alors que son second (Emile) était ambitieux et prompt à ne pas respecter cela, Martin joué par Delphine était admiratif et respectueux de cela. Mais le reportage serait bien plus facile s'il était possible de mentir sur ses intentions. Nous souhaitions donc que le second de Carmina s'éloigne de celle-ci, et que Martin reste auprès d'elle, après avoir été contraint de subir une séparation avec Emile qu'il ne pouvait éviter malgré ses tentatives de préserver la relation.

[165] Deux des trois personnages des patients avaient un genre différent de leurs joueurs lors de ce premier cycle, et ceci afin d'augmenter un peu le recul du patient par rapport au vécu de son personnage. Finalement, nous n'avons pas reconduit cela sur les cycles suivants et, l'immersion ayant été la moins bonne des trois cycles, il s'agissait peut-être d'une précaution superflue qui a nui à l'immersion.

Comme annoncé, le résultat a été intéressant, bien que surprenant. Carmina a été interprétée de façon très distante, déléguant beaucoup les tâches à ses deux assistants, se retirant beaucoup des scènes où elle était présente (en plus d'une scène prévue où ne devaient être présents qu'Emile et Martin). Ainsi, à travers son personnage, Delphine a noué bien plus de relations avec Emile, le personnage de Florian (en plus de mieux le connaître dans la vraie vie).

Lorsque, à la fin de la deuxième session, Emile s'est naturellement éloigné de Carmina afin de réaliser ses propres objectifs (en terminant ce reportage grâce à des mensonges), Delphine a "tordu" complètement son personnage, modifié sa personnalité, pour que celui-ci parte avec l'assistant Emile, délaissant Carmina. Elle a pu nous expliquer que son personnage avait préféré être avec Emile, qui avait pu être beaucoup plus présent physiquement, qu'avec Carmina qui était très en retrait (et donc finalement quasi-inexistante dans son vécu). Ainsi, plutôt que de privilégier ce que la logique lui dictait, elle a conservé le maximum de présence à ses côtés.

On peut enfin mentionner que, du fait de ses troubles thymiques, l'immersion et l'interprétation ont été particulièrement compliquées pour Delphine, qui a fait des efforts pour maintenir cette activité et s'y investir, mais qu'il a été difficile pour elle de se représenter convenablement l'univers du jeu.

Nous reviendrons sur le deuxième cycle après avoir présenté les autres patients du premier cycle auquel Delphine a participé.

III - 2b Florian

Florian, patient de 26 ans. Parents séparés dans la petite enfance, sa mère souffre d'un trouble psychiatrique important. Il vit rapidement en foyer puis chez ses grands-parents. Début de troubles délirants à thématiques persécutoires vers la majorité, peu après une mise en couple avec une compagne avec laquelle il vit 6 ans, déménageant très souvent car se sentait persécuté par la famille de sa compagne. Lors d'une acutisation délirante et hallucinatoire, il fait un passage à l'acte hétéro-agressif grave sur sa compagne, et est hospitalisé dans ce contexte. Après une stabilisation des symptômes psychotiques, il existe

plusieurs tentatives de suicides et des idées suicidaires importantes, dans un processus de deuil.
A l'hôpital, on peut constater un patient hyperadapté au service, tentant de prolonger son hospitalisation dans laquelle il s'investit entièrement. L'idée d'une fin à l'hospitalisation est extrêmement difficile à supporter, et très angoissante pour lui.

Durant le jeu de rôle, il interprète Emile Clarks, le premier assistant de Carmina Higgins (cf. Annexe 2) qui commence à avoir du mal à supporter ses règles éthiques qui sont appliquées au détriment de ses opportunités de carrière. Du fait des difficultés à obtenir des informations de manière "classique" pour le reportage à Vienne, il était prévisible qu'Emile tenterait d'en obtenir par d'autres moyens.
Nous attendions de cela que Florian parvienne de lui-même à faire deux choses : à contester des règles établies (à l'inverse de l'hyperadaptation dont il a pu faire preuve en hospitalisation) qui sont justes mais l'entravent, et à provoquer une séparation pour suivre ses propres objectifs.

Là encore, le résultat de ce cycle a été intéressant. Florian a très vite su comprendre ce vers quoi son personnage se dirigeait dans le scénario, et a su impulser une dynamique vers cela, palliant au caractère très distant de Carmina. Il s'est très vite imposé comme le moteur essentiel du groupe.
Entre les sessions, il a pu avec les deux autres patients beaucoup discuter du jeu, et se projeter dans la session suivante (la première session se terminant avec l'arrivée de l'Orient-Express à Vienne). Il a réussi à créer une dynamique autour de l'activité.
C'est lors de la deuxième session que nous avons pu constater ce qui sous-tendait probablement cela. En effet, lors de cette session, il a parfaitement pu mettre en acte les idées de son personnage et, de fait, accepter la séparation avec Carmina. Cependant, il l'a *parfaitement* fait, à tel point que nous l'avons compris comme une conformation au rôle que l'on attendait de lui : s'il a su mener son personnage aussi bien, y compris dans la séparation, c'est qu'il a dû inférer sur ce que nous "attendions" de son personnage. Ainsi, par son interprétation du personnage, il continuait à se conformer à ce que l'on attendait de lui, à s'adapter à nous.

Concernant Florian, nous ne dirions pas que le jeu de rôle a été un échec. En effet, même si son interprétation semble nous être adressée, comme un message d'adaptation et de conformation de sa personne, nous en retirons plusieurs points positifs. Premièrement, il a pu tester et éprouver une séparation, si partielle soit-elle, de son propre chef. Deuxièmement, nous pensons qu'il est un des patients pour qui une activité plus soutenue, se prolongeant au-delà de deux séances, aurait été la plus bénéfique; il aurait pu ainsi passer progressivement de ce qui est adapté aux souhaits des soignants à ce qui adapté à ses propres souhaits.

III - 2c Luc

Luc, patient de 28 ans. Luc a été hospitalisé pour une suspicion d'idées délirantes de persécution avec un effondrement thymique consécutif.

L'hospitalisation permet un amendement rapide des idées persécutoires très fortes à l'arrivée, et une restauration thymique. Se dévoile alors un trouble de la personnalité complexe (personnalité parfois qualifié de "sensitive"), le patient étant souvent dans l'évitement mais pouvant être par moments impulsif, provoquant des conflits afin d'éviter des relations dans lesquelles il est en grande difficulté.

Au cours du jeu de rôle, il interprète la journaliste Carmina Higgins (cf. Annexe 2), laquelle devait s'efforcer de respecter des règles strictes qu'elle considère comme importantes, et de les défendre face à son premier assistant Emile. De plus, la position de supérieur hiérarchique pouvait être intéressante à tenir, car nécessite de maintenir des relations interpersonnelles cordiales et formelles.

Comme dit plus haut, Luc a pu interpréter une Carmina très distante, qui gardait (comme il le fait lui-même) une grande distance aux autres. Masquant cela derrière sa "confiance dans ses assistants", Carmina s'est très vite retirée de chaque scène où elle était présente; l'exemple le plus manifeste a été le début de la deuxième session, alors que Carmina était dans sa chambre d'hôtel avec Caroline, la photographe (interprétée par une infirmière), elle a prétexté vouloir se reposer afin de couper cours à la conversation qui portait sur ses assistants.

Cependant, il est intéressant de constater que cette position entraînait une certaine frustration chez Luc. Pendant plusieurs scènes, il n'a pu s'empêcher en entendant les autres personnages s'enthousiasmer en discutant, à propos de leur article, … de faire revenir Carmina de manière très artificielle pour rééchanger une ou quelques phrases avec eux. Nous avons pu un peu explorer et aborder son ambivalence dans son évitement avec les autres.

Dans le cas de Luc, le jeu de rôle a permis de pouvoir discuter de sa façon d'être, du fait qu'il fuit les autres; ou plus précisément de la façon d'être de Carmina. Jamais nous n'avions pu aborder ce sujet sans se heurter à des mécanismes défensifs. Mais finalement, nous ne parlions pas réellement de Carmina. Tout comme Wayne Blackmon et son jeune patient qui ne pouvait parler que des ressentis de son personnages et non des siens propres[68], Luc a pu parler de Carmina, même si ce fût brièvement. Nous ne doutons pas que plus de temps et de séances l'auraient amené à parler de plus en plus, puis à évincer Carmina pour parler de lui.

III - 2d Romain

Romain, patient de 34 ans. Elevé par ses grand-parents car son père était incarcéré et sa mère n'aurait pas souhaité en avoir la garde, jusqu'à ses 12 ans où il fugue et est placé en foyer. On note dès l'âge de 8 ans des épisodes de graves tentatives de suicide, qui se poursuivent à l'adolescence et pendant la vie adulte. La première hospitalisation en psychiatrie se fait à 16 ans. Romain fait par la suite une formation professionnelle et travaille. Durant cette période, on note des consommations multiples de psychotropes, un parcours délictueux, de nombreux déménagements et plusieurs unions dont naissent six enfants. Romain est hospitalisé chez nous dans un contexte d'épisode dépressif.

Romain se révèle en hospitalisation présenter un trouble de l'humeur. De plus, il est rapidement en difficulté dans les relations, nouant préférentiellement des rapports aux autres superficiels. Enfin, on note une impulsivité importante, probablement en lien avec le trouble de l'humeur mais qui ne saurait être expliquée entièrement ainsi.

Nous avons proposé à Romain un personnage qui lui ressemble sur certains points, mais a l'avantage d'être épaulé par un ami de confiance. Le but était de pousser Romain a accepter

de l'aide lorsqu'elle lui était proposée et nécessaire, et de parvenir à se fixer ses propres limites (à gérer son impulsivité).
Son personnage, Anthony, est restaurateur dans la campagne anglaise. Son restaurant connaît des difficultés du fait d'une intoxication alimentaire récente, et va en connaître d'autres au fur et à mesure du scénario. Il est dans sa tâche épaulé par son ami Clark, joué par un autre patient, et la cuisinière Ophélia, qui n'intervient que peu (jouée par le Maître du Jeu). Pour son deuxième cycle, Delphine reprend le rôle de Carmina, la journaliste (qui n'était pas son rôle initialement), qui, accompagnée de son nouvel assistant, Georges (joué par un infirmier), vient faire un reportage sur ce scandale sanitaire (cf. Annexe 3 pour les fiches détaillées des personnages du deuxième cycle).

Romain se joue en fait lui-même, en lieu et place d'Anthony, et il le reconnaît sans difficulté. Cet exercice relevait plus d'une mise en situation, que l'on peut faire dans les jeux de rôle thérapeutiques classiques, et moins du jeu de rôle sur table. Il réalise l'un des objectifs, à savoir qu'il accepte l'aide et les conseils que son entourage peut lui apporter; cependant, il s'énerve et coupe court à la discussion dès que quelqu'un émet de l'inquiétude ou de la sollicitude à son égard. Il peut exprimer clairement ne pas supporter que l'on puisse l'aider.
On peut toutefois observer que son ami proche, Clark, peut en fin de deuxième session être épargné par cela. Il parvient à réduire quelque peu la distance qui pouvait exister entre eux, sans cependant parvenir encore à lui exprimer ses inquiétudes sans vive réaction.

Quelque jours après la fin de l'activité, le comportement dans le service change de manière assez importante. Il accepte à présent bien plus l'aide et la sollicitude des soignants, et peut confier de nombreux éléments de sa vie, ce qu'il n'avait pas encore pu faire jusqu'à présent. Il parvient également à ignorer une offense faite par un autre soignant.
On pourrait imputer ce changement à une stabilisation thymique mais celle-ci, si elle a pu commencer à ce moment, semblerait alors extrêmement brutale, et la clinique de Romain ne concordait pas avec cela. Nous ne pouvons pour autant l'imputer par présomption au jeu de rôle, mais nous pensons que cela a eu, au minimum, un rôle dans ce changement. Romain avait pu, lors du deuxième débriefing, parler de cette impossibilité qu'on lui propose de l'aide, sans réussir forcément à élaborer ce qui sous-tendait cela.

III - 2e Nicolas

Patient de 41 ans. Subit dans sa jeunesse des violences domestiques et des viols, il arrête l'école en CE2. Il est placé en foyer à l'âge de 15 ans, où il a un parcours délinquantiel et des consommations de psychotropes. A l'âge adulte, il est marginalisé, a un parcours de rue, et est plusieurs fois incarcéré. Il est plusieurs fois hospitalisé en psychiatrie, avec parfois des troubles psychotiques, parfois thymiques, parfois un diagnostic de trouble de la personnalité.

Lors de son hospitalisation, on retrouve un état chronique de fléchissement thymique avec des idées suicidaires. De plus, Nicolas est souvent très impulsif, suscitant de l'inquiétude chez des soignants et des patients.

Le rôle proposé à Nicolas est celui de Clark, l'ami d'Anthony (cf. Annexe 3). Clark est décrit comme une personne "avenante", "attentionnée", "modérée", "optimiste". Nous avons donc choisie de donner à Nicolas un rôle totalement à contre-pied de ce qu'il exprime d'habitude. Ce que nous attendions le plus de lui dans ce rôle, et qui lui fait souvent défaut, c'est de la persévérance malgré les difficultés qu'allaient poser Anthony. De plus, nous souhaitions le mettre en situation de prodiguer des conseils à son ami pour gérer son impulsivité.

L'évolution de Nicolas a été bien plus impressionnante que nous ne l'attendions. Nous ne parlerons pas de "*peak experience*" comme Raymond Corsini[63], d'une part car nous ne voyons pas l'effet thérapeutique du jeu de rôle principalement à travers ces phénomènes, et ensuite car nous ne l'avons pas observé en cours de partie mais quelques jours plus tard.

Lors d'un entretien, nous avons reparlé de l'expérience qu'a été le jeu de rôle pour lui. Il nous a dit avoir depuis réussi à beaucoup canaliser son impulsivité grâce à cette activité. Il a expliqué avoir découvert comment prendre de la distance par rapport aux évènements en les vivant à travers un rôle et vouloir, quand il se sent énervé, "jouer le rôle de quelqu'un de calme". Il a également pu dire "voir le meilleur venir" s'il persévère.

Ce discours ne semblait nullement plaqué pour nous satisfaire. En revanche, peut-être été-t-il prématuré et trop optimiste ? Nicolas est sorti ce jour-là d'hospitalisation, donc nous ne saurions affirmer ou infirmer cela. Toujours est-il qu'il a pu entrevoir une autre façon d'être,

même si c'est principalement grâce à la forme (tenir un rôle) et non au fond (le rôle de Clark) de l'activité.

III - 2f Delphine, deuxième cycle

Delphine a participé à ce deuxième cycle, cette fois en incarnant Carmina. Nous souhaitions la faire changer de personnage pour plusieurs raisons, la plus évidente étant que nous souhaitions que l'issue soit différente du premier cycle, il ne fallait donc pas qu'elle reconstruise le même schéma avec le même personnage, incapable de supporter la séparation. Une autre raison étant que Carmina a de fait subi la séparation il y a 5 ans, a choisi de congédier ses assistants, et était donc un personnage plus à même de recommencer (cf Annexe 3).

Cette fois, l'assistant de Carmina (joué par un infirmier) passa une première séance à l'interroger sur ses principes, à apprendre vraiment d'elle. Nous voulions bien sûr que Carmina puisse poser les bases de son personnage sereinement, pouvoir transmettre quelque chose à l'autre. La deuxième séance était plus "offensive", son assistant lui proposant ouvertement d'écrire un article à scandale, quitte à exagérer les faits, à prendre des photos volées, …

Les relations fonctionnaient plus par binômes que lors du premier cycle : Carmina et son assistant évoluant dans le même contexte qu'Anthony et Clark, mais avec des enjeux différents pour chacun d'eux.

Encore une fois, Delphine a entièrement "tordu" son personnage, afin que jamais celui-ci n'ait à subir la séparation tant redoutée. Elle a entièrement accepté les idées de son assistant, tout en ayant conscience de leur nature opposée à ses propres valeurs.

Elle a pu le "justifier" en nous expliquant que la séparation avec ses précédents assistants avait été douloureuse, et que Carmina ne souhaitait pas la revivre, quitte à changer entièrement sa façon de travailler.

Nous pouvons noter que, si l'activité a échoué à atteindre ses objectifs avec Delphine, et comme dit dans la section III - 2a, elle a peiné à s'y investir du fait de ses troubles thymiques. Mais au-delà de cette question, Delphine ne semble pas très réceptive à l'imaginaire en général, qui est difficile à mentaliser pour elle. Ce constat n'ayant pu être fait

qu’au travers des hospitalisations au cours desquelles nous la connaissons, il serait intéressant de voir si elle peut y être ou non plus accessible en dehors des épisodes d'accusations dépressives.

III - 2g Isabelle

Patiente de 28 ans. Elevée par ses deux parents, Isabelle subit des attouchements au collège et développe une symptomatologie de Trouble de Stress Post-Traumatique. On note également un TDAH. Enfin, en dehors de sa famille au premier degré, elle décrit des moqueries familiales, et un rejet de leur part.

Isabelle est hospitalisée du fait d’une tentative de suicide, s’inscrivant dans un épisode dépressif avec une composante anxieuse importante. Au cours de l’hospitalisation, elle peut décrire un trouble majeur de l’affirmation de soi, qui se traduit par des difficultés à exprimer son opinion, et de fait une passivité voire une soumission dans la relation à l’autre.

Nous proposons cette fois une session de jeu de rôle avec seulement deux patients (Isabelle et Steven) et deux personnages interprétés par l’équipe infirmière et aide-soignante. Isabelle incarne le rôle d’Anna Powell qui, avec son mari Anthony, dirigent une école de musique. Ils vont devoir gérer durant le jeu deux situations complexes : celle de leur fils Simon qui est en froid avec son père trop autoritaire, et celle de leur élève Kate qui souffre grandement d’un manque de confiance en elle.

Anna est altruiste et bienveillante, et va devoir imposer ses idées afin d’arriver à aider ces personnes, face à un mari autoritaire et sûr de lui (cf. Annexe 4 pour les fiches détaillées des personnages).

Isabelle est initialement en difficulté dans ce rôle. On arrive une première fois à sa limite lorsque Kate exprime des doutes sur ses talents musicaux, alors qu’elle est invitée à participer à un récital. Isabelle ne sait pas comment lui répondre, et utilise la *X-card* pour abréger cette scène. Elle pourra par la suite exprimer s’être vue, et avoir été confrontée trop brutalement à sa problématique pour arriver à y apporter une réponse adaptée.

Elle gagne cependant petit à petit confiance en elle et, à travers Anna, parvient à affirmer de plus en plus ce qu’elle sait être bon pour son fils, notamment à travers la deuxième séance

du cycle. Elle explique que cela reste difficile pour elle, mais de l'extérieur on peut percevoir une diminution progressive de l'angoisse et du mal-être à être dans ce rôle.
Nous pensons aussi que la mécanique instaurée au cours de la deuxième séance a aidé. Lors de l'une des scènes, Anna était dans un café avec son fils, tandis qu'Anthony était avec Kate chez lui. Chacun des deux groupes jouait successivement pendant environ une minute, puis envoyait virtuellement un SMS à l'autre groupe, qui prenait alors le relais. Cela permettait aux participants de se confronter indirectement, tout en pouvant assister au déroulé des évènements pour l'autre groupe. Kate conseillait Anthony afin que celui-ci soit moins rigide, tandis que Simon faisait part de ce qui ne va pas dans l'éducation de son père à Anna, qui devait alors tenter de faire accepter des compromis à son mari. Anna a réussi grandement à obtenir gain de cause, malgré l'opiniâtreté d'Anthony.
Nous n'avons pas de doute que les problèmes d'affirmation de soi sont une des indications où le jeu de rôle est le plus efficient. Si deux séances sont un temps thérapeutique court, Isabelle a su le mettre à profit, probablement autant qu'on pouvait l'espérer d'un temps si court.

III - 2h Steven

Patient de 60 ans. Placé à la naissance en famille d'accueil, puis en foyer pendant 1 an à ses 12 ans avant de retourner dans la famille d'accueil. Le parcours de vie adulte est assez chaotique, marqué par des retrouvailles avec sa famille biologique, puis des départs et retours, jusqu'au décès de sa sœur. Quelques incarcérations. Depuis une dizaine d'années, on note une précarisation progressive, et un éloignement géographique des zones habitées au fil du temps.
Steven est hospitalisé dans un contexte de repli extrême, sous-tendu par des troubles thymiques. La personnalité sous-jacente de Steven est complexe, parfois caractérisée de schizoïde. On peut observer durant sa longue hospitalisation une rigidité extrême de la pensée, rendant Steven complètement inaccessible à un raisonnement extrinsèque, entraînant de grandes difficultés relationnelles.

Bien entendu, le jeu de rôle avait pour objectif de faire une place à la pensée de l'autre, à permettre une écoute à défaut d'une acceptation. Nous souhaitions que Steven puisse tolérer que l'autre ait une pensée différente de la sienne, sans que cela ne soit conflictuel.

Il a joué le rôle d'Anthony, lui-même assez rigide, mais décrit comme pouvant être à l'écoute des conseils sensés de son épouse. Dans l'opposition avec son fils, dans une impasse avec la meilleure élève de son école de musique, Anthony serait obligé d'infléchir un minimum sa pensée pour pouvoir démêler les situations auxquelles il allait être confronté.

Steven est en grande difficulté pour infléchir son mode de pensée. Persuadé d'avoir raison, il se refuse à changer sa façon d'être. Vers le milieu de la deuxième session, alors que son épouse va presque jusqu'à le menacer de rompre leur couple, il se refuse toujours à changer. L'observateur lui murmure alors qu'il peut reconsidérer la question avec dans la balance l'amour qu'il porte à sa femme, avec un résultat inattendu. Il s'infléchit totalement, de manière très brutale, et surtout rigide. On peut le résumer en disant que "même lorsqu'il accepte l'autre, il est rigide dans son acceptation", et passe d'un extrême à l'autre sans parvenir à trouver de compromis.
Ce qui est intéressant, c'est que nous avons pu en discuter avec Steven. Auparavant, il n'avait pas réussi à parler autant de cette rigidité de la pensée, qu'il arrive à repérer mais sans pouvoir aller contre.
Après ce résultat, il aurait été intéressant de tenter de l'amener au cours d'un autre cycle vers le compromis. Steven semble incapable de créer de lui-même un espace entre sa pensée et celle de l'autre, il ne peut créer une pensée intermédiaire, ni une pensée tout court, si celle-ci ne lui est pas entièrement présentée (et donc créée à sa place) ou si elle ne lui appartient pas en propre.
Nous dirions que le bénéfice de ce cycle pour Steven a été plus diagnostique que thérapeutique, permettant de mieux comprendre sa façon apparente d'être rigide.

III - 3 Le bilan de notre activité exploratoire

Nous n'avons pu réaliser que des cycles courts, de deux sessions à chaque fois. Cependant, le cœur de l'activité que nous souhaitions développer peut être retrouvé ici.

On peut déjà noter de nombreuses différences avec l'activité proposée par la clinique de Saumery (il ne faut pas chercher ici de défense de notre schéma, nous ne ferons que mettre en avant ces différences).

La plus grande différence est que nous n'avons pas utilisé de jeux "grand public". Il y a plusieurs raisons à cela, mais la plus évidente est la simplification à l'extrême des règles. Dans notre activité, il n'y a aucun jet de dé pour gérer l'aléa, les conséquences des actions sont gérées par les personnages (joués par l'équipe ou le maître du jeu).
Dans la même lignée, nous avons "épuré" les thèmes abordés. Beaucoup de patients ayant connu la violence, l'incarcération, … nous avons fait en sorte de ne pas traiter de ces thèmes, et que les interactions se gèrent en l'absence de violence. Probablement était-ce une limitation presque trop extrême, ou un excès de prudence, mais en réfléchissant collectivement à l'élaboration des scénarii nous avons pu nous passer de ces thèmes.
Enfin, pour ne citer que ces différences, nous avons comme dit précédemment soigneusement sélectionné les patients et réalisé un scénario "sur mesure" à chaque fois. Notre idée était que de ces scénarii, on puisse in fine tirer des patterns qui pourraient être simplement adaptés pour être réutilisés avec d'autres patients présentant des pathologies similaires. Bien entendu, l'élaboration de ces patterns entraîne un travail conséquent, d'où l'intérêt de les réutiliser.

La principale limitation a été la pratique de cette activité uniquement en cours d'hospitalisation, limitant beaucoup à la fois la durée des cycles, mais également le nombre de patients que nous pouvions inclure. Si ce travail devait se poursuivre, ça ne peut être que de manière ambulatoire.
Cependant, même ainsi nous avons réussi à obtenir des résultats intéressants, tant diagnostiques pour certains patients que thérapeutiques pour d'autres. Ainsi, nous ne relevons aucun contre-argument à initier le jeu de rôle dès l'hospitalisation des patients.

L'utilisation de la X-card, jamais décrite en psychothérapie (et pour cause, récente dans l'univers même du jeu de rôle[61]), a été un autre point fort particulier. Seule Isabelle y a effectivement eu recours, mais nous avons pu recueillir que sa seule présence était rassurante pour les patients. On pourrait la comparer de manière symbolique à un objet contra-phobique.
Ainsi, lorsqu'elle est utilisée, l'équipe devrait réfléchir aux raisons qui y ont amené, et en reparler avec le patient qui l'a utilisée. Pour Isabelle, nous avons pu comprendre que

l’exposition en miroir à quelqu’un exprimant sa propre problématique avait été trop directe, trop violente, et de fait insurmontable pour elle à ce moment.

Nous noterons enfin deux points importants. Le premier est que les patients ont présenté un réel enthousiasme pour cette activité. Si Delphine a eu du mal à s’immerger entièrement, elle a quand même dit avoir apprécié cette activité (au point de faire un second cycle quelques semaines plus tard). Romain a été pris de céphalées au cours de la deuxième session, mais a tenu à finir l’activité malgré tout. Le retour des patients est très positif, qu’ils aient ou non entièrement perçu l’intérêt psychothérapeutique.
Le deuxième point est l'absence totale d’effets iatrogènes constatés, contrairement aux craintes qui avaient pu être exprimées. Lors de la deuxième session du deuxième cycle, Anthony et Clark (joués par Romain et Nicolas) ont menacé un personnage non joueur (joué par le Maître du Jeu) mais ont su remarquablement prendre de la distance par rapport à leur personnage et le jouer sans *bleed out* (sans s’énerver eux-mêmes).

Comme annoncé, nous n’avons pas pour ambition de faire ressortir des résultats chiffrés ou mesurés de ces cas cliniques, leur but était d’explorer les possibilités et les résultats des jeux de rôle sur table. Nous aurions aimé pouvoir tester d’autres possibilités, par exemple l’univers très ouvert et co-créé par les joueurs de Prosopopée[C.9] (cf Section 1 - 3b).

Conclusion

Le jeu de rôle sur table est à la base une activité ludique, et ce n’est presque que par “accident” qu’il tend à se rapprocher au fur et à mesures d’études théoriques ou exploratoires d’une psychothérapie.
Le jeu de rôle psychothérapeutique, lui, est apparu au cours du XXe siècle et a connu un essor jusque dans les dernières décennies de celui-ci. Et pourtant, il n’existe pas de franche démarcation entre celui-ci, et le jeu de rôle sur table. De notre point de vue, le jeu de rôle sur table a même le potentiel pour être la forme la plus aboutie de jeu de rôle psychothérapeutique, complétant cette forme classique de nombreux atouts que nous avons pu développer ici.

Le jeu de rôle sur table possède toutes les caractéristiques qui ont été relevées comme communes aux psychothérapies, et notamment certaines qui peuvent faire défaut à quelques formes psychothérapeutiques, tels que la possibilité d'une catharsis, l'entraînement à de nouveaux comportements acquis ou le retour positif du patient, qui "croit" au potentiel psychothérapeutique de cette technique.
Nous avons pu faire de nombreux parallèles avec d'autres techniques et théories psychothérapeutiques, au premier rang desquelles la *narrative therapy*, mais également recouper le rôle thérapeutique propre de nombreux facteurs que l'on retrouve dans le jeu de rôle (la formation du récit, le vécu d'émotions, le développement de nouvelles compétences).
Le jeu de rôle sur table est déjà utilisé, de manière souvent informelle (voire contingente) ou très récente, utilisations que nous avons tenté de mettre en lumière.

Enfin, nous avons présenté une ouverture exploratoire de ce que pourrait être un jeu de rôle sur table entièrement tourné vers des objectifs psychothérapeutiques. Ce travail d'ouverture a connu de nombreuses limites, mais qui n'ont pu empêcher de percevoir, voire d'objectiver, de réels bénéfices pour les patients (directement ou par une meilleure compréhension des soignants de la personnalité et du mode de pensée des patients).

Il reste de nombreuses pistes à explorer et à tester, que ce soit au cours d'autres approches exploratoires ou au cours de véritables études cliniques.
Si le jeu de rôle psychothérapeutique qui s'était développé massivement au cours des années 1960 à 1980 a beaucoup régressé de nos jours, peut-être faut-il chercher d'autres pistes pour le faire évoluer à travers le jeu de rôle sur table moderne.

Bibliographie

Bibliographie principale

[1] Edwards R. *GNS and Other Matters of Role-playing Theory*. indie-rpgs.com [en ligne]; 2001-10-14 [consulté le 08/10/2019]. Disponibilité sur internet : <http://indie-rpgs.com/articles/1/>

[2] Arneson D. *Interview*, Pegasus n°1 avril 1981. Judges Guild; 1981

[3] Tolkien J.R.R. *The Lord of the Rings - The Fellowship of the Ring*. Boston: Houghton Mifflin; 1954

[4] Tolkien J.R.R. *The Lord of the Rings - The Two Towers*. Boston: Houghton Mifflin; 1954

[5] Tolkien J.R.R. *The Lord of the Rings - The Return of the King*. Boston: Houghton Mifflin; 1955

[6] Kushner D, Shadmi K. L'Éveil du Maître du Donjon: Gary Gygax et la création de Donjons & Dragons. Glénat BD; 2018

[7] Waldron D. *Role-Playing Games and the Christian Right: Community Formation in Response to a Moral Panic*, Journal of Religion and Popular Culture, 4 Janvier 2013.

[8] Pascal J. *Sondage sur les rôlistes et anciens rôlistes - 3e édition 2018* [en ligne]; 2018 [consultée le 09/10/2019]. Présentation des principaux résultats disponible sur internet : :<http://www.le-thiase.fr/wp-content/uploads/R%C3%A9sultats-sondage-JDR-2018-Le-Thiase.pdf> Résultats complets disponibles à la demande.

[9] “Eugénie”, “kF”. *Jouer en performance - Tentative de définition*. jenesuispasmjmais.com [en ligne]; 2018. [consultée le 25/10/2019]. Disponibilité sur internet : https://jenesuispasmjmais.wordpress.com/2018/06/02/jouer-en-performance-1/

[10] Lachal C, Moro M-R. *Introduction aux psychothérapies*, Nathan Universités; 1999.

[11] Van Rillaer J. *Les facteurs communs aux psychothérapies*. Science… & pseudo-sciences; 2015 Avril 312

[12] Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie* (première édition). Richard, Caille et Ravier; 1801

[13] Freud S. *Selbstdarstellung* in *Œuvres complètes - psychanalyse - vol. XVII : 1923-1925*. PUF; 1992

[14] Rosenzweig S. *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy*. American Journal of Orthopsychiatry; *1936 6*(3):412–415

[15] Dodgson C. L. (Lewis Caroll) *Alice's Adventures in Wonderland*. Macmillan; 1865

[16] Rogers C. *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. Journal of Consulting Psychology; 1957 21:97-103

[17] Sanford R. *Unconditional positive regard: A misunderstood way of being* (1984) in Bozarth J, Wilkins P, Wyatt G. *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice, unconditional positive regard* (Vol. 3). PCCS Books; 2001.

[18] Greencavage L, Norcross J. *Where are the commonalities among the therapeutic common factors ?* Professional Psychology : Research and Practice; 1990, 21:372-378

[19] Bergin A, Lambert M, Shapiro D. *The effectiveness of psychotherapy*. in Garfield S, Bergin A. *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (3ème édition). Wiley; 1986

[20] Luborsky L. *Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that "Everyone has won so all shall have prizes"?*. Clinical psychologe science and practice V2; 1995, 1

[21]Luborsky L, Luborsky L, Singer B. *Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everybody has won and all must have prizes?"*. Archives of General Psychiatry; 1975, 32:995-1008

[22] Smith M, Glass G, Miller T. *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press; 1980

[23] Weinberger J. *Common factors aren't so common: The common factors dilemma*. Clinical Psychology: Science and Practice; 1995, 2:45-69

[24] Luborsky L, Diguer L. *A "Wild Card" in comparative psychotherapy studies - The researcher's therapeutic allegiances*. Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Pittsburgh, PA; 1993

[25] Ruth Sanford et al. *"Le regard positif inconditionnel : une manière d'être mal comprise", Approche Centrée sur la Personne*. Pratique et recherche; 2009, 9: 11-29

[26] Rogers C. *On Becoming a Person : A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin; 1961

[27] Chambless D. *Beware the Dodo bird: the dangers of overgeneralization*. Clinical psychology: science and practice, V9 N1; 2002

[28] White M, Epston D. *Literate Means to Therapeutic Ends*. Dulwich Centre Publications; 1989.

[29] White M, Epston D. *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Satas; 2003

[30] Combs G, Freedman J. *Narrative therapy's relational understanding of identity*. Family Process; 2016, 55:211–224

[31] Auerswald E. *Thinking about thinking in family therapy*. Family Process; 1985, 24: 1–12

[32] Hoyt M, Gurman, A. *Whither couple/family therapy?* The Family Journal; 2012, 20(1), 13–17

[33] Lund T, Eron J, Dagirmanjian S. *Narrative solutions: using preferred view of self to motivate individual and family change*. Family Process; 2016, 55:724–741

[34] Lund T, Eron, J. (1998). *The Narrative Solutions approach for retelling children's stories: Using preferred views to construct useful conversations*. in Hoyt M. *Handbook of constructive therapies*. Jossey Bass; 1998, 358–379

[35] Ross M. *Truth Be Told: Evaluation of a narrative and skills intervention in two women's prisons*. Journal of Correctional Health Care; 2017, 1-9

[36] Zehr H. *Changing lenses: A new focus for crime and justice* (3rd edition). Herald Press; 1991

[37] *Article 10-1* in *Code de procédure pénale 2020 annoté (Partie législative, Titre préliminaire : Dispositions générales, Sous-titre II : De la justice restaurative)* (61ème édition). Dalloz; 2019

[38] Veterea A, Dallos R. *Systemic therapy and attachment narratives*. Journal of family therapy, The Association for Family Therapy; 2008

[39] Mørkved N. et al. *A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD*. Clinical Psychology Review; 2014, 34:453-467

[40] P. Jones. *Drama as Therapy Volume 1: Theory, Practice and Research*. Routledge; 1996

[41] Aristote. *La Politique* (traduction de Jules Tricot). Vrin; 1995, 584 (Livre VIII, 7, 1342a 10)

[42] Aristote. *Poétique* (traduction de Hubert Laizé). Presses Universitaires de France; 1999, 1449b28

[43] Cruz A. et al. *The core techniques of Morenian psychodrama: a systematic review of literature*. Frontiers in Psychology; 2018, 9

[44] Blanc A, Boutinaud J. *Psychoanalytic psychodrama in France and group elaboration of counter-transference: Therapeutic operators in play therapy*. International journal of psychoanalysis; 2017, 98:683-707

[45] Barton M. *Dungeons and Desktops: The history of computer Role-Playing Games*. A K Peters; 2008

[46] Franco G. *Video games as a therapeutic tool in the context of narrative therapy*. Frontiers in Psychology; 2016, 7

[47] Botella C. et al. *Recent progress in Virtual Reality Exposure Therapy for phobias: a systematic review*. Current Psychiatry Reports [Internet]; 2017, 19(7)

[48] Gonçalves R. et al. *Efficacy of Virtual Reality Exposure Therapy in the treatment of PTSD: a systematic review*. PLoS ONE [Internet]; 2012, 7(12):e48469

[49] Pennebaker J, Seagal J. *Forming a story: the health benefits of narrative*. Journal of clinical psychology; 1999, 55(10):1243–1254

[50] Greenberg A, Wortman B, Stone A. *Emotional expression and physical health: revising traumatic memories or fostering self-regulation?* Journal of Personality and Social Psychology; 1996, 71:588- 602

[51] Collectif (Zagal J, Deterding S. et al.). *Role-Playing Game studies: Transmedia foundations*. Routledge; 2018

[52] Rosselet J, Stauffer S. *Using group Role-Playing Games with gifted children and adolescents: a psychosocial intervention model*. International Journal of Play Therapy [Internet]; 2013, 22(4):173-92

[53] Carnes M. *Minds on Fire: how role-immersion games transform college*. Harvard University Press; 2014

[54] Metz-Lutz et al. *What physiological changes and cerebral traces tell us about adhesion to fiction during theater-watching*? Frontiers in Human Neuroscience [Internet]; 2010

[55] Coleridge S. *Biographia Literaria* (chapter XIV). J. M. Dent; 1817

[56] Coleridge S. *Autobiographie littéraire* (chapitre XIV) in *La Ballade du vieux marin et autres textes*. Éditions Gallimard; 2013

[57] Logan J. *The "Ars Poetica" of Horace*. Lightning Source UK Ltd; 2017

[58] Oliver M. B, Raney A. *Entertainment as pleasurable and meaningful identifying hedonic and eudaimonic motivations for entertainment consumption*. Journal of Communication; 2011, 61:984-1004

[59] Montola M. *The positive negative experience in extreme role-playing*. Nordic DiGRA (Authors & Digital Games Research Association); 2010

[60] Milgram S. *Obedience to authority. An experimental view*. Harper; 1974.

[61] Stavropoulos J. *X-Card: Safety tools for simulations, roleplaying, and games*. [en ligne]; 2015 [consulté le 02/01/2020]. Disponibilité sur internet : http://tinyurl.com/x-card-rpg

[62] Winnicott D. *Playing and reality*. Tavistock; 1971

[63] Corsini R. *Role playing in psychotherapy*. Aldine; 1966

[64] Corsini R. *Role playing in psychotherapy* (Second edition). Transaction publishers; 2010

[65] Boies K. *Role playing as a behavior change technique - Review of the empirical literature*. Psychotherapy: theory, research and practice; 1972, 9#2

[66] Kelly G. *The psychology of personal constructs* (Second edition). Routledge; 1991

[67] Kipper D. *Psychotherapy through clinical role playing*. Brunner-Mazel, 1986

[68] Blackmon W. *Dungeons and Dragons: The use of a fantasy game in the psychotherapeutic treatment of a young adult*. American Journal of Psychotherapy; 1994, 48#4 624-632

[69] Waelder R. *The psychoanalytic theory of play*. Psychoanalytic Quarterly; 1932, 2 208-224.

[70] Wolpe J. *The practice of behavior therapy* (2nd edition). Pergamon Press; 1973

[71] Lis E. Psychiatrists' perceptions of role-playing games. Psychiatric Quarterly; 2015, 86, 381–384

[72] Ben-Ezra M. Social workers' perceptions of the association between Role Playing Games and psychopathology. Psychiatric Quarterly; 2018, 89 213–218

[73] Stewart A. Clinician perceptions of role-playing as a therapy technique [A thesis submitted to the Faculty of the Graduate School of the State University of New York at Buffalo in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts], UMI Number: 1453426

Bibliographie complémentaire

Cette bibliographie complémentaire permettra au lecteur de retrouver les références des jeux de rôles commercialisés cités, sans rallonger la bibliographie plus traditionnelle. Il est à noter qu'une grande partie de ces ouvrages sont écrits par un collectif, nous n'avons retenu que les noms des coordinateurs ou auteurs principaux.

Les références C.16 à C.19 sont des jeux vidéo, et non des jeux de rôle sur table.

[C.1] Gygax G, Arneson D. Dungeons & Dragons (3-Volume Set). TSR; 1974

[C.2] Morningstar J. Fiasco. Bully Pulpit Games; 2009

[C.3] Batronoban, François-Luccioni N. Mantra: Oniropunk - Livre de base. Batro' Games; 2019

[C.4] Ravachol E. Dread. The impossible dream; 2005

[C.5] Cook M, Tweet J, Skip W. Dungeons & Dragons (Third edition) : Player's Handbook. Spellbook, 2000

[C.6] Crawford J, Perkins C, Wyatt J. Dungeons & Dragons (Fifth edition) : Dungeons master's guide. Wizards of the Coast; 2014

[C.7] Gygax G, Perren J. Chainmail. Guidon Games; 1971

[C.8] Rein-Hagen M, Wieck S. Vampire: The Masquerade (First Edition). White Wolf Publishing, 1991.

[C.9] Sintes F. Prosopopée. Frédéric Sintès (auto-édition, impression à la demande); 2012

[C.10] Li S, Li M. Damnés, angeldust JDR; 2018

[C.11] Batronoban. Mantoid Universe - Livre de base, 2e édition. Batro' Games; 2018

[C.12] Petersen S. L'Appel de Cthulhu - Le Manuel du Gardien (7e édition). Sans-détour éditions; 2015

[C.13] Baker V. Apocalypse World. La boîte à Heuuh; 2012

[C.14] Nelyhann. Les Ombres d'Esteren - Univers. Agate éditions; 2010

[C.15] Scipion J. Sombre N°1. Terres étranges; 2011

[C.16] Garriott R. Akalabeth: World of Doom. California Pacific Computer Company; 1980

[C.17] Garriott R. Ultima I: The First Age of Darkness. California Pacific Computer Company; 1981

[C.18] Besthesda sofworks. The elder scrolls III : Morrwind. Ubisoft entertainment; 2002

[C.19] Troika games. Arcanum : engranages et sortilèges. Sierra entertainment; 2001

[C.20] Wrigstad T. Gand Rape. Wrigstad Tobias (auto-édition); 2008

[C.21] LaTorra S, Koebel A. Dungeon world. Narrativiste Editions; 2013

[C.22] Kenson S. Icons. John Doe; 2012

[C.23] Sands M. Monster of the week. Evil hat productions; 2012

[C.24] Costikyan G, Gelber D, Goldberg E. Paranoia. West End Games; 1984

[C.25] Washbourne S. The barbarians of Lemuria. Beyond Belief Games; 2008

[C.26] Pignatelli U. Beasts & Barbarians. Black Book Editions; 2017

[C.27] Brooke M, Ostrander K. Legend of the Five Rings - Roleplaying game Beta playtest. Fantasy Flight Games; 2017

[C.28] Baldowski P. The Cthulhu Hack. Just Crunch Games; 2016

[C.29] Gabillaud S, Pignat C. KNIGHT. Orygins; 2015

Annexes :

Annexe 1 - Questions à un infirmier utilisant le jeu de rôle sur table en clinique psychothérapeutique

Les questions suivantes ont été écrites ensemble, avant toute réponse à chacune d'elle. Il ne s'agit pas d'une interview.

Q. Pourriez-vous vous présenter brièvement (âge, profession et parcours professionnel, loisirs personnels, temps consacré au jeu de rôle dans le cadre personnel, ...) ? Sous quel nom/prénom/pseudonyme peut-on vous citer dans ce travail de thèse ?

Jérémy Guilbon, 29 ans, infirmier depuis 8 ans et demi. Depuis Janvier 2015, j'exerce dans une Clinique de Psychothérapie institutionnelle spécialisée dans l'accueil d'un public adolescent.
Le "jeu" a toujours eu une grande importance dans ma vie et c'est tout naturellement que j'ai monté des ateliers autour de ce média à la Clinique (jeux de société, jeux vidéo et jeux de rôle).
En terme de temps officiel d'atelier, je vais avoir 3x2h de Ludi'Truc (jeux de société) par semaine (15h à 17h) et 3h de Ludi'Rôle (Jeu de rôle) le dimanche lorsque je travaille (une semaine sur deux). A titre personnel, je suis membre d'une association de jeux et je dédie en général une soirée dans la semaine à cette activité. J'y alterne jeux de société et jeu de rôle.
Je peux être cité pour votre travail de thèse.

Q. Pourriez-vous décrire l'établissement dans lequel vous travailler ? Pourquoi est-il qualifié de clinique de "psychothérapie institutionnelle" ?

La Clinique de Saumery est l'une des trois Cliniques du Loir-et-Cher, les deux autres étant la Chesnaie et La Borde. L'héritage et la philosophie de grands noms de cette mouvance, tel que le Professeur Tosquelles, Jean Oury, Jean Girard et d'autres, émaille notre réflexion autour des soins.

L'institution en elle-même est une entité à part entière qui doit elle aussi être soignée pour espérer aider les gens, c'est assez novateur et pourtant tellement logique à mes yeux. Il est coutume de dire que ce mouvement repose sur deux jambes : l'une psychanalytique, et l'autre, marxiste. C'est donc un outil de désaliénation mentale et sociale.

Notre organisation en interne est assez particulière. Par exemple, nous ne travaillons pas avec un cadre de santé. Toutes les questions de plannings et de répartition quotidienne du travail sont réalisées par des commissions composées de collègues (qui tournent avec le temps, afin d'éviter le cloisonnement des fonctions). Dans le même esprit, tous les collègues, quelles que soient leurs formations, sont nommés "moniteurs". Si on remonte dans les années 1950-1960, le personnel embauché dans ce type de Clinique ne venait pas toujours du milieu sanitaire et social. On retrouvait des agriculteurs, des menuisiers, des artistes, … Cela donnait une très grande richesse dans les échanges et les façons d'aborder un patient. Aujourd'hui, de par les réglementations, nous n'avons plus cette souplesse.

Une des plus grandes singularités repose dans la présence d'un Club au sein même de la structure. C'est une association loi 1901 gérée conjointement par des membres élus tous les ans. Ce bureau est constitué à part égale de moniteurs et de patients. L'idée est d'avoir un espace d'accueil et de libre circulation, des personnes comme de la pensée. Je vais citer le bulletin de présentation du Club à la commune, ça sera plus synthétique.

"*Le Club Thérapeutique de Saumery a pour vocation d'amener aux patients de la Clinique un accès* aux loisirs et aux soins*. Par le biais d'*activités hebdomadaires *et de* sorties ponctuelles*, les adhérents peuvent aussi* s'évader du quotidien des soins.

S'attachant aux valeurs de la psychothérapie institutionnelle, la clinique et le club espèrent apporter à ses résidents une revalorisation de leur personne, une acquisition d'autonomie, un retour à la citoyenneté en s'appuyant sur les liens et le quotidien.

L'association organise occasionnellement des événements ouverts au public, telles que randonnées, brocantes, kermesses, concerts ou vernissages.

L'adhésion, à hauteur de 10 euros annuels, marque le soutien envers une méthode de soins alternative et une prise en charge plus humaine de la souffrance. Elle permet d'être tenu au courant et invité aux divers événements du club."

Certains patients parlent du Club comme étant le "Poumon" de la Clinique. Je pense que c'est assez évocateur ! Sa première et plus importante fonction, c'est l'accueil ! Accueillir les

nouveaux, patients comme moniteurs, accueillir la parole et les idées des uns et des autres, accueillir les problèmes afin d'y réfléchir ensemble, …

Les fonds de l'association proviennent des adhésions, de la subvention de la Clinique (en échange de tâches réalisées par les membres de l'association : nettoyage des cendriers, aider en cuisine, s'occuper du chat, …) et des dons.

C'est également un outil permettant de soutenir et de transformer les désirs de chacun. Par exemple, si une personne cherche à organiser une sortie au Château de Chambord, il devra venir présenter son projet au Club. Ce dernier l'aidera dans la mise en place et sur les questions techniques (moniteur accompagnant, véhicules, tarifs réduits, …).

Q. Quand et comment a commencé ce projet d'utiliser le jeu de rôle avec des patients ?

J'ai d'abord amené le jeu de société "moderne" à la Clinique, je crois que ça fait à peu près 4 ans maintenant. Le public étant composé à plus de 50 % d'adolescents, certains avec une grande utilisation du jeu vidéo. J'ai rapidement attiré du monde, tant les passerelles sont parfois simples à créer. La dimension "sociale" que ça apporte est un énorme plus.

En parallèle, la sortie de *Dungeons & Dragons* 5[C.6] en VF m'a motivé à reprendre cette activité, gardant un très bon souvenir des quelques parties effectuées durant mes études d'infirmier. De fil en aiguille, je me suis lancé dans le rôle de meneur de jeu et j'ai voulu le proposer aux jeunes de la Clinique. Je me souviens l'avoir présenté comme le "meilleur jeu de société" et bien évidemment, après deux séances de "découverte", j'ai dû proposer des séances fixes, tant la demande était importante.

Q. Quelles ont été les aides et limites apportées ou posées par l'institution et le personnel ?

La fonction même du Club, de porter et transformer les désirs a été d'une aide précieuse. J'ai pu proposer et faire valider mon atelier très rapidement, tant les retours étaient enthousiastes. De par ses moyens humains et financiers, le Club est un terreau permettant de donner facilement vie à de très nombreux projets, du moment que ça garde du "sens". Pour l'année 2020, l'atelier Ludi'Rôle devrait avoir un budget de 500 euros, afin de compléter notre ludothèque en livres et accessoires.

Mes collègues ne connaissent pas du tout ce média mais les retours que je peux faire sur certains patients ont parfois été utiles, surtout lors de réunion de “constellations” (réunion où toutes les personnes qui gravitent autour d’un patient se rencontrent afin d’échanger). De même, l’institution est tout à fait ouverte à l’expérimentation et la création d’outils.

Q. Pourriez-vous maintenant expliquer réellement les modalités d’utilisation du jeu de rôle avec les patients (patients inclus, critères de non-inclusion, temps de l’activité, nombre moyen de sessions par patient, causes de l’arrêt de l’activité par un patient, qui porte ce projet avec vous, âge des patients inclus, …) ?

L’atelier se déroule exclusivement le week-end (plus facile pour se dégager du temps), dans un petit pavillon faisant office de bibliothèque professionnelle, de 14h à 17h. L’espace utilisé est important car étant un peu isolé de la structure principale, cela favorise l’immersion et l’évasion.

Il est sur inscription et chaque séance accueille 5 patients maximum. Je n’ai pas de critères de non-inclusion, bien que je reste vigilant pour ne pas mettre le groupe ou la personne en difficulté (troubles de la concentration trop importants, période un peu plus aiguë de la maladie, …). Si j’ai des doutes, je reçois le patient concerné en amont pour lui expliquer comment se déroule l’atelier, les horaires, … En bref, le cadre. Je me permets parfois d’exprimer mes inquiétudes mais je n’ai jamais eu à refuser quelqu’un, ces quelques dispositions ayant jusqu’ici été suffisantes. Il me paraît important de préciser que la Clinique n’est pas un lieu d’accueil de “crises”, les personnes sont toutes en Soins Libres.

La moyenne d’âge est aux alentours des 20-30 ans, bien que j’ai un joueur de 52 ans très régulier.

Au sein de la structure, j’ai un pool d’un peu moins de 10 joueurs réguliers et nous avons régulièrement quelques curieux qui viennent une ou deux séances pour découvrir ce support.

L’atelier étant sur inscription dans l’espace associatif de la Clinique, il n’y a pas de limite au nombre de séances qu’un joueur peut faire.

Enfin, depuis la fin d’année dernière, un jeune collègue m’a rejoint sur l’atelier, ce qui nous permet de passer à une séance par semaine en moyenne. Néanmoins, nous proposons chacun des jeux / ambiances différentes afin d’essayer de toucher un maximum de monde.

Les débriefings se font à froid, sous formes de questionnaires ou de réunion durant un repas.

Q. Quels jeux de rôle utilisez-vous lors de cette activité ? Des jeux de rôle existants (lesquels) et/ou créés sur mesure ?

L'*Heroic Fantasy* est peut-être le genre le plus parlant pour découvrir ce média, j'ai donc naturellement proposé un jeu dans cet univers. J'ai commencé à maîtriser avec *Dungeon World*[C.21], un jeu reprenant les poncifs de *Dungeons & Dragons* mais adapté à un système de jeu très léger et surtout permettant la création de l'univers en collaboration avec les joueurs. L'existence d'un module spécial "néophyte" nous a permis de facilement découvrir les possibilités du média.

Pendant quelques temps, nous avons oscillé sur pas mal de jeux différents, afin d'essayer de nombreux systèmes / univers. A présent, je propose des petites "campagnes", permettant de ressentir l'évolution de son personnage et l'empreinte qu'il peut laisser dans le monde qu'il arpente (nous allons bientôt finir notre deuxième campagne de *Dungeons & Dragons* 5[C.6] et je pense partir ensuite sur du super-héros avec *Icons*[C.22]).

Voici une petite liste des jeux essayés : D&D5[C.6], *Monster of the Week*[C.23], Paranoïa[C.24], *Barbarians of Lemuria[C.25]*, *Beast & Barbarians*[C.26], La Légende des cinq anneaux V5[C.27], Cthulhu Hack[C.28], *Dungeon World*[C.21], KNIGHT[C.29], … En règle générale, je propose des jeux plutôt simple à prendre en main et facile à modifier à la volée si besoin. Le jeu le plus "technique" que nous ayons pratiqué est D&D5[C.6], mais il est arrivé à un moment où j'avais besoin d'un cadre plus précis en termes de règle. Je m'étais aussi dit que comme c'est le jeu le plus joué, les joueurs n'auraient pas de difficultés à retrouver des tables physiques ou virtuelles une fois sortie d'hospitalisation.

Q. Quels bénéfices voyez-vous personnellement à cette activité ?

J'apprécie tout particulièrement de pouvoir faire vivre des histoires aux patients. Ce média offre une possibilité d'évasion du quotidien très intéressante.

Il permet également de valoriser l'imagination de chacun. De plus, c'est une fenêtre particulièrement grande sur de nombreux domaines culturels (littérature, cinéma, arts, …) et je me suis enrichi à ce niveau là depuis que je pratique le jeu de rôle.
C'est également un espace de rencontre très intéressant et différent de ce que l'on peut retrouver ailleurs.

Q. Quels bénéfices citent les patients à cette activité ?

Le premier bénéfice cité, c'est en général l'amusement. Nous nous amusons énormément à rire ensemble, c'est assez fort pour créer des liens. Ils viennent également pour oublier leur quotidien et se laisser entraîner dans des histoires.
Le côté collaboratif est aussi très important. Chaque personnage à ses avantages et inconvénients et ils sont obligés de collaborer pour faire face à l'adversité.
De même, pouvoir incarner un personnage très différent de soi est parfois très plaisant.

Q. Avez-vous déjà eu des soucis à mener cette activité ?

Les soucis sont plus d'ordre "rôlistique" qu'infirmier. Les joueurs qui font n'importe quoi en jeu, qui passent deux heures à négocier le prix de leurs repas à la taverne, qui mettent le feu à la moindre bicoque … Bref, un groupe comme un autre en fait. L'atelier est bien inscrit dans l'institution et je n'ai aucun souci à le mener à ma guise.
J'ai été en difficulté une fois avec un jeune. Il était venu avec une problématique de harcèlement scolaire et cette scène s'est reproduite deux fois au sein de l'atelier, son personnage finissant à chaque fois lynché par les autres. Bien entendu, nous avons pu en discuter pour faire avancer les choses et je crois que ces épisodes lui ont permis de comprendre que le harcèlement, ce n'est pas toujours la faute exclusive de l'autre...

Q. Avez-vous déjà pu constater des effets iatrogènes à cette activité ?[166]

[166] La réponse fournie à cette question porte en fait sur les effets bénéfiques et iatrogènes. Nous n'avons pas souhaité modifier les réponses fournies, et préférons simplement le préciser ici.

La création de liens entre les patients, c'est ce que je mettrais en premier. La maladie mentale tend à isoler l'individu, alors réussir à se réunir à 6 autour d'une table et rire ensemble, c'est top et ça fait des histoires à raconter ensuite.

Des passerelles se font également entre le jeu et des moments de psychothérapie. Pour exemple, un jeune de tout juste 19 ans était en train de travailler son diagnostic de schizophrénie avec son thérapeute (je l'ignorais au moment des parties). En parallèle, nous avons commencé une mini campagne de *Monster of the Week*[C.23]. (Ambiance *X-files*, *Supernatural*, … bref du fantastique contemporain). Il a choisi d'incarner l'archétype de l'"épouvantail". Il l'a imaginé comme une petite fille disposant de pouvoirs - télépathie, télékinésie et autre - au prix d'une part sombre en elle. Le jeu invite à personnaliser cette part sombre et il a lui-même choisit les trois éléments suivants : "Hallucinations, Secrets et Paranoïa". Je me suis permis de faire intervenir cette part sombre comme un reflet déformé de lui-même dans les surfaces réfléchissantes et il a adoré l'idée. Il n'a eu de cesse durant cette campagne d'essayer de rencontrer et de comprendre cet alter ego maléfique !

Je suis intimement persuadé qu'il y a des choses à décoder lors de la création d'un personnage. Quelle part d'eux même vont-ils injecter dedans (le patient adopté qui joue systématiquement un vaurien enfant des rues, le jeune en surpoids qui va s'imaginer en maître des arts martiaux, …) ? Qu'est ce qui va être sublimé et / ou enfoui ?

Le travail sur la dynamique de groupe est également intéressant, les plus timides prenant de plus en plus d'assurance alors que les plus expansifs apprennent à écouter et laisser parler l'autre. On retrouve ici des techniques de management et le jeu de rôle est peut-être utilisé à cet effet.

J'ai également eu un patient diagnostiqué Asperger qui a pu me verbaliser que l'atelier l'a aidé dans la compréhension et l'identification de certains codes sociaux.

Néanmoins, j'ai déjà eu un jeune patient trop envahi durant une séance et il a préféré de lui-même la quitter prématurément car il ne pouvait pas se concentrer.

Q. Si le budget n'était d'aucune importance, comment souhaiteriez-vous voir évoluer cette activité dans l'idéal ?

Hum, je dirais un local un tout petit peu plus grand, mais surtout ne plus être seul encadrant en séance. Dans l'idéal, il faudrait un narrateur, une aide technique (règles, décors, dessins

…) et un observateur. Ayant cette triple casquette, je suis persuadé de louper pas mal d'éléments dans les interactions entre les joueurs.

Q. Qu'est-ce que ces évolutions pourraient apporter selon vous, au personnel et/ou aux patients ?

Un affinage certain des observations thérapeutiques, une adaptation des histoires pour travailler des situations précises (chose que j'ai évitée jusque-là, étant justement seul) et une réflexion plus globale sur les bénéfices de ce média et de ses possibilités thérapeutiques.

Q. Quel(s) corps de métier pensez-vous le(s) plus adapté(s) pour mener cette activité (psychologue, psychiatre, infirmier, aide-soignant, psychomotricien, ergothérapeute, …) ?

Je pense que c'est avant tout une histoire d'envie et que le diplôme importe peu, du moment que l'on a des espaces (pluridisciplinaires) pour raconter ce qui s'y passe.

Q. Avez-vous d'autres remarques à apporter, quelles qu'elles soient, sur cette activité ?

Le domaine du jeu de société et du jeu de rôle se porte particulièrement bien en ce moment, il est donc très facile de découvrir ce média, que ça soit sur le net via des *actual play* (regarder des gens jouer) ou en physique avec les nombreux clubs ! Il existe de très nombreuses boîtes d'initiation et j'invite les curieux à ne pas hésiter à passer le pas, qu'ils soient soignants ou non.

Date de réalisation : 12/01/20

Merci

Annexe 2 - Présentation des personnages du premier cycle de jeu de rôle

Carmina Higgins, 41 ans :

Grande journaliste d'investigation, travaille pour plusieurs grands quotidiens nationaux britanniques, comme *The Times* ou *The Guardian*.

Connue pour avoir mené des enquêtes et reportages exhaustifs sur plusieurs grands scandales financiers ou politiques qu'elle a contribué à révéler.

Elle prend toujours le temps de mener ses investigations du début à la fin, de recouper les sources, et respecte scrupuleusement l'éthique journalistique. Il est arrivé de ce fait, et en prenant son temps pour enquêter, qu'un article sur le même thème soit publié avant par des journaux concurrents, empêchant le sien de paraître.

Elle ne transige jamais sur les règles suivantes :

- Toujours se présenter comme journaliste
- Toujours recouper les sources dès que possible
- Ne jamais laisser ses sentiments entraver un reportage
- Ne jamais se soumettre à des dates limites

Elle a pris deux élèves journalistes sous son aile depuis quelques années :

- Emile Clarks, brillant journaliste, mais parfois trop fougueux. Il pense énormément à sa carrière, plus qu'à l'éthique journalistique. Pour l'instant il parvient à respecter les règles de Carmina tant bien que mal.
- Martin Mills, beaucoup plus posé et sage, mais également moins talentueux. Il possède un véritable sens de l'éthique journalistique. Presque trop docile, il exécute tout ce que Carmina demande.

Emile Clarks, 26 ans :

Jeune journaliste d'investigation plein d'avenir, travaille depuis quelques années en collaboration avec Carmina Higgins pour plusieurs grands quotidiens nationaux britanniques, comme *The Times* ou *The Guardian*.

Madame Higgins lui a énormément appris pendant ces années, et il lui en est reconnaissant. Cependant, depuis quelques mois, il se sent plus freiné et entravé par cette collaboration. Madame Higgins prend toujours tout son temps pour mener ses investigations, recoupe les sources, s'entête dans des règles rigides qu'elle appelle l'éthique journalistique. Il est arrivé

de ce fait, et en prenant son temps pour enquêter, qu'un article sur le même thème soit publié avant par des journaux concurrents, empêchant le sien de paraître. Elle semble n'avoir rien à faire de sa carrière, contrairement à Emile pour qui la réussite sociale est un but incontestable. Carriériste dans l'âme, le but d'Emile reste de faire des coups d'éclats et d'obtenir rapidement un statut social important.

Régulièrement, il s'interroge sur les règles inflexibles de Madame Higgins et, quand il est seul, les transgresse parfois :

- Toujours se présenter comme journaliste
- Toujours recouper les sources dès que possible
- Ne jamais laisser ses sentiments entraver un reportage
- Ne jamais se soumettre à des dates limites

L'autre élève journaliste de Carmina Higgins depuis quelques années s'appelle Martin Mills. Un jeune journaliste gentil mais dépourvu de talent, qui apporte peu de choses à l'équipe. Combien de temps compte-t-elle garder cet homme assez inutile ? Mystère…

Martin Mills, 23 ans

Jeune journaliste passionné, il a eu l'immense chance d'entamer une collaboration il y a quelques années avec Carmina Higgins pour plusieurs grands quotidiens nationaux britanniques, comme *The Times* ou *The Guardian*.

Madame Higgins lui a énormément appris pendant ces années, et il lui en est reconnaissant, même s'il lui reste beaucoup à apprendre.

Véritablement dévouée et scrupuleuse dans son travail, Madame Higgins prend toujours le temps de mener ses investigations du début à la fin, de recouper les sources, et respecte scrupuleusement l'éthique journalistique.

Elle ne transige jamais sur les règles suivantes, tout comme Martin qui suit son exemple :

- Toujours se présenter comme journaliste
- Toujours recouper les sources dès que possible
- Ne jamais laisser ses sentiments entraver un reportage
- Ne jamais se soumettre à des dates limites

Martin est très admiratif du travail de Madame Higgins, s'inspirant d'elle chaque jour.

L’autre élève journaliste de Carmina Higgins depuis quelques années s’appelle Emile Clark. Un autre jeune journaliste au talent immense, avec probablement un avenir brillant devant lui.

Martin espère que leur collaboration durera longtemps.

Annexe 3 - Présentation des personnages du deuxième cycle de jeu de rôle

Anthony Smith, 36 ans

Anthony est gérant d'un restaurant au bord de la route nationale (B-road) B3114 au Royaume-Uni, dans le sud-ouest de l'Angleterre.

Depuis plusieurs années, le nombre de clients diminue régulièrement, mais l'établissement parvient à se maintenir à flots. Cependant, il y a une semaine, une infection alimentaire ayant touché une vingtaine de clients s'est déclarée, mettant encore plus à mal la réputation du restaurant. Il ne faudrait pas que la situation empire.

Anthony est un homme simple, sans grande ambition en dehors de faire tourner le restaurant familial.

Il tente tant bien que mal de faire face aux situations compliquées et, lorsque ça ne va pas, il écoute toujours les conseils de son ami et serveur du restaurant, Clark Hightown. Il est conscient qu'il ne prend pas toujours le temps d'évaluer une situation et réagit parfois un peu à chaud, mais il sait aussi que c'est dans ces moments-là qu'il doit être le plus réceptif aux conseils de son ami de longue date.

Il y a peu de choses plus importantes pour lui que l'amitié ou l'amour.

En couple avec Mary depuis deux ans. Leur couple tient malgré quelques divergences occasionnelles.

Clark hightown, 33 ans

Clark est serveur dans un restaurant au bord de la route nationale (B-road) B3114 au Royaume-Uni, dans le sud-ouest de l'Angleterre. Le gérant de ce restaurant est Anthony, son meilleur ami qu'il connaît de longue date.

Depuis plusieurs années, le nombre de clients diminue régulièrement, et l'établissement semble connaître des difficultés financières mais dont Anthony ne parle jamais. Il y a une semaine, une infection alimentaire ayant touché une vingtaine de clients s'est déclarée, mettant encore plus à mal la réputation du restaurant.

Clark est un homme avenant et attentionné. Il tente de prendre soin de son ami Anthony quand celui-ci en a besoin. En effet Anthony est souvent un peu impulsif, Clark amenant alors sa modération et son optimisme au service de son ami, qui est le plus souvent réceptif à son aide.

Avec les nouveaux problèmes du restaurant, Anthony aura sûrement besoin de Clark plus que jamais pour ne pas tomber dans le chagrin.

Carmina Higgins, 46 ans

Grande journaliste d'investigation, travaille pour plusieurs grands quotidiens nationaux britanniques, comme *The Times* ou *The Guardian*. Connue pour avoir mené des enquêtes et reportages exhaustifs sur plusieurs grands scandales financiers ou politiques qu'elle a contribué à révéler. Elle prend toujours le temps de mener ses investigations du début à la fin, de recouper les sources, et respecte scrupuleusement l'éthique journalistique.

Elle ne transige jamais sur les règles suivantes :

- Toujours se présenter comme journaliste
- Toujours recouper les sources dès que possible
- Ne jamais laisser ses sentiments entraver un reportage
- Ne jamais se soumettre à des dates limites

Il y a 5 ans, lors d'un reportage à Vienne, elle s'est séparée de deux de ses élèves journalistes, Emile Clarks et Martin Mills.

Elle est alors restée plusieurs années sans assistant et faisait ses reportages seule. Elle a donc repris l'habitude de s'investir personnellement et ne délègue plus le travail comme avant.

Depuis deux mois, un nouvel assistant, Georges Hamington s'est présenté, et elle l'a embauché. Elle le connaît encore peu et surveille son travail de près.

Annexe 4 - Présentation des personnages du troisième cycle de jeu de rôle

Anna Powell, 40 ans

Anna est une femme heureuse est altruiste. Mariée à Anthony depuis ses 20 ans, ils ont un fils, Simon, ensemble, et habitent dans la banlieue d'Oxford (Royaume-Uni). Elle est profondément amoureuse de son mari.

Avec lui, ils tiennent une petite école de musique dans la ville, qui suffit à leur assurer un revenu confortable (Anna a pour instrument de prédilection le piano, Anthony la flûte). En ce moment, l'élève la plus prometteuse de l'école s'appelle Kate Robinson (une guitariste).

Cette jeune fille a un potentiel important, mais manque cruellement de confiance en elle. Anna s'y est beaucoup attachée, voyant en elle sa potentielle successeuse.

Anthony est très têtu, et Anna a pris pour habitude de lui laisser la main lorsqu'il le désire - c'est-à-dire assez souvent - mais elle parvient tout de même à lui parler lorsqu'elle pense que celui-ci prend de mauvaises décisions, surtout lorsque cela a des conséquences négatives pour lui ou les gens à qui Anna tient.

Simon semble être un adolescent comme les autres, en proie aux doutes. Il entretient des relations parfois houleuses avec Anthony, depuis que celui-ci l'a forcé pendant un an à jouer du violon. Anna tente de rester proche de lui.

Anthony Powell, 38 ans

Anthony est un homme heureux. Marié à Anna depuis ses 18 ans, ils ont un fils, Simon, et habitent ensemble dans la banlieue d'Oxford (Royaume-Uni). Il est profondément amoureux d'Anna.

Avec elle, ils tiennent une petite école de musique dans la ville, qui suffit à leur assurer un revenu confortable (Anna joue le plus souvent du piano, Anthony de la flûte). En ce moment, l'élève la plus prometteuse de l'école s'appelle Kate Robinson (une guitariste).

Anna s'est très attaché à cette jeune fille et parle souvent d'elle, pourtant Kate manque de confiance en elle et ne présente pas un immense talent. Anthony l'encourage souvent à aller de l'avant, sans avoir peur de l'échec.

Anthony est très têtu. Il prend souvent des décisions assez fermes. Cependant, il sait écouter Anna lorsqu'elle lui donne parfois son avis, celle-ci étant souvent de bon conseil.

Anthony sait que Simon, leur fils, est souvent assez triste et nostalgique. Il a tenté de lui apprendre le violon pendant un an sans succès. Depuis il est encore plus renfermé et parle moins souvent. Il l'éduque assez sévèrement.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre