



HAL
open science

Théâtre à l'hôpital et politique de santé publique : approches de sciences auxiliaires du droit

Hassani Mzé Hamadi Ahamed Youssouf

► To cite this version:

Hassani Mzé Hamadi Ahamed Youssouf. Théâtre à l'hôpital et politique de santé publique : approches de sciences auxiliaires du droit. Droit. Normandie Université, 2020. Français. NNT : 2020NORMLH14 . tel-03117449

HAL Id: tel-03117449

<https://theses.hal.science/tel-03117449>

Submitted on 21 Jan 2021

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.



Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité : Droit privé

Préparée au sein de l'Université Le Havre Normandie

Titre de la thèse : THÉÂTRE À L'HÔPITAL ET POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE – APPROCHES DE SCIENCES AUXILIAIRES DU DROIT

(2 volumes)

Présentée et soutenue par :
Hassani Mzé Hamadi AHAMED YOUSOUF

TOME I

Thèse soutenue publiquement le 20 novembre 2020
devant le jury composé de

Madame Béatrice BOURDELOIS	Professeur à l'Université Le Havre Normandie	Directeur de thèse
Monsieur Jacques FOYER	Professeur émérite de l'Université Panthéon-Assas (Paris II)	Rapporteur
Monsieur Christian JUBAULT	Professeur à l'Université du Littoral Côte d'Opale (ULCO)	Rapporteur
Madame Catherine PUIGELIER	Professeur à l'Université Paris VIII, Membre du Laboratoire de droit social de l'Université Panthéon-Assas (Paris II)	Codirecteur de thèse

Sous la co-direction de :

Mme le Professeur Béatrice BOURDELOIS

Mme le Professeur Catherine PUIGELIER

Le Laboratoire d'accueil : CERMUD

Le Laboratoire d'accueil : D.S.U.P.A (Paris II)



PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

A

ACC : Approche cognitive et comportementale
ACDI : Agence canadienne de développement international
ACTG : AIDS Clinical Trials Group
ADN : Acide désoxyribonucléique
ADPIC : Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
AFRATAPEM : Association Française de Recherche & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine
AGEÉM : Association Générale des Enseignants des Écoles et classes Maternelles publiques
AMM : Association médicale mondiale
AMP cyclique : Adénosine monophosphate cyclique
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANEPS : Agence nationale de prévention et d'éducation pour la santé
ANFE : Association nationale française des ergothérapeutes
ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida
ANSES : Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation
AQOCI : Association québécoise des organismes de coopération internationale
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence régionale de la santé
Article D. : Article Décret
Article L. : Article Loi
Article R. : Article Règlement
ASBL : Association sans but lucratif
ATD quart Monde : Aide à toute détresse quart Monde ou mouvement ATD : Agir tous pour la dignité Quart monde
ATEJ : Association du théâtre pour l'enfance et la jeunesse
Av. J.-C : Avant Jésus-Christ
AVC : Accident vasculaire cérébral
AZT : Azidothymidine ou Zidovudine (ZDV)

B

BMC : BioMed Central Medical Education
BNC : Bénéfices non commerciaux
Bull : bulletin
Bull. Acad. Natle Méd : Bulletin de l'académie nationale de médecine

C

CA : Cour d'appel
CAA Bordeaux : Cour administratif d'appel de Bordeaux
CAF : Caisses d'allocations familiales
CASH : Centre d'Accueil et des Soins Hospitaliers
C. Cass : Cour de Cassation
Cass. Civ : Cassation civile
C.H.U : Centre hospitalier universitaire
CE du Parlement européen : Conseil Européen du parlement européen
CE : Conseil d'Etat
CEE du Conseil : Conseil de la Communauté économique européenne
CESC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
Cf. : Confer
Ch. Civ : Chambre civile
Ch. des Abeilles : Chemin des Abeilles
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIAPHS : *Centre Interdisciplinaire d'Analyse des Processus Humains et Sociaux*
CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CIPAV : Caisse interprofessionnelle de Prévoyance d'Assurance Vieillesse
Circulaire DHOS/SDO : Circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins/Sous-direction de l'organisation du système de soins

Circulaire DHOS/P : Circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins/Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers

CISIH : Centres d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine

CISS : *Collectif Interassociatif Sur la Santé*

CLAC : Centre de lecture et d'animation culturelle

CMPP : Centre Médico-Pscho-Pédagogique

CMU : Couverture médical universelle

CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'homme

CNR : Centre National de Référence

CNRS : *Centre national de la recherche scientifique*

CNRTL: *Centre national de ressources textuelles et lexicales*

CNS : Conseil national du sida

Code APE-NAF : Activité principale exercée-Nationale d'activités française

Code de Déontologie de l'AAC : Code de Déontologie de l'Association Art des Corps

Coll : Collection

COPE : Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis

CP-FFP : Certification professionnelle-Fédération de la Formation professionnelle

CRIPS : Centre régional d'information et de prévention du Sida

CRISP : Centre de recherche et d'information socio-politiques

CSG/CRDS : Contribution sociale généralisée/Contribution au remboursement de la dette sociale

D

DCEM2 : Deuxième cycle des études médicales 2

DDASS : Direction Départementale des Affaires sanitaires et Sociales

Déc : décembre

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins

dir : direction

Dlle : Demoiselle

DOI : Digital Object Identifier

DPC : Développement professionnel continu

DRAC : Direction Régionale des Affaires Culturelles

E

EAP : Etudiant apprenti professionnel

éd : édition

EESP : École d'études sociale et pédagogiques

EHPA : *Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées*

ÉNAM : École Nationale d'Apprentissage par la Marionnette

EPA : Établissement public administratif

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

ESF : Éditions sociales françaises

F

FAO : Organisation pour l'alimentation et pour l'agriculture

FERME : Fondation pour l'Étude et la Recherche sur les Mémoires et l'Expression

FFAT : Fédération française des art-thérapeutes

FHF : Fédération Hospitalière de France

FIAPMC : Fédération intersectorielle des ateliers de psychothérapie à médiation créatrice

FITA : Festival International de Théâtre Action

Fondation MACSF : Fondation Mutuelle d'assurances du corps de santé français

FRA : France

FRAC : Fonds régionaux d'art contemporain

G

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GF : Groupe Flammarion (édition)

GIS : Groupement d'intérêt scientifique

H

HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Comité de la santé publique
HEPHO : Haute Ecole Provinciale du Hainaut Occidentale Ecole d'ergothérapie

I

Ibid : *Ibidem* (une locution latine signifiant « même endroit » parfois abrégée *ib.*)

ICASA : *Independent communications Authority of South Africa*

IFPEK : Institut de formation en Pédiatrie-Podologie, Ergothérapie et Masso-Kinésithérapie de Rennes.

IFSI-CHU de Rennes : Institut de formation en soins infirmière – Centre hospitalier universitaire de Rennes

IMC : Infirmière motrice cérébrale
in : Dans

INEP – Marly le Roi : Institut National d'Éducation Populaire – Marly le Roi

INFIPP : Institut National pour la Formation des Infirmiers et du Personnel travaillant en Psychiatrie

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSEM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

Item : Adverbe latin qui signifie : Ainsi, également ou de même,

J-K

JF : Journal Officiel

JORF : Journal Officiel de la République Française

JOUE : Journal Officiel de l'Union européenne

L

LPAT : Ligue Professionnel d'Art-Thérapie

M

m : mètre

MAJ : Mise à jour

MDC Sociologie : Maître de conférences en Sociologie

MSA : Mutualité sociale agricole

MST ou IST : Maladies ou d'infections sexuellement transmissibles

N

n° : Numéro

NREPS : Agence régionale de prévention et d'éducation pour la santé

O

OIT : Organisation des Nations Unies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida

Op. cit : Abréviation de la locution latine *opus citatum* qui signifie « œuvre citée » ou *opere citato* « dans l'œuvre citée »

P-Q

p. : Page

PDF : Portable Document Format

PIB : Produit intérieur brut

PRACS : Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales

Programme IPT : *Programme Integrated Psychological treatment* (Programme du Traitement d'Intégration Psychologique)

Programme PACT : Programme Psychose : Aider, Comprendre, Traiter

PUF : Presse universitaire de France

PUV : Presse universitaire de Vincennes

R

RC : Réponse conditionnelle

RDC : République démocratique du Congo

RECOG : Remédiation cognitive pour la schizophrénie ou trouble associé

Réf : Référence

Règlement CE : Règlement Commission européenne

RÉUNICA Prévoyance : est un groupe de paritaire de protection sociale à but non lucratif.

RI : Réponse inconditionnelle

RMI : Revenu minimum d'insertion

RN : Réponse neutre

RNSP : Réseau national de santé publique

RSI : Régime sociale des indépendants

S

s : Suivante

SACD : Société des Auteurs et Compositeurs Dramatiques

SC : Stimulus conditionnel

SFLGC : Société française de littérature générale et comparée

SI : Stimulus inconditionnel

Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise

SN : Stimulus neutre

SPAD : Service psychiatrique d'aide à domicile

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

T

TVA : Taxe sur la valeur ajoutée

U

UC-UDF : Union centriste – Union pour la démocratie française

UE : Union européenne

UEB-Rennes 2 : Université européenne de Bretagne – Rennes 2

UMR-ADEF : Unité mixte de recherche-Apprentissage, Didactique, Evaluation, Formation

UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

UQÀM : Université du Québec à Montréal

URCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

URSSAF : Union des recouvrements des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

US Chamber : United States Chamber of Commerce

V

Vol. : Volume

V.1 et V.2 : Volume 1 et volume 2

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VIH/sida : Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

Virus HTLV-1 : Virus Human T-cell Lymphotropic Virus de type 1

W-X-Y-Z

WTC : World Trade Center

SOMMAIRE

<i>THÉÂTRE À L'HÔPITAL ET POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE – APPROCHES DE SCIENCES AUXILIAIRES</i>	11
<i>DU DROIT</i>	11
<i>INTRODUCTION : (Prologue)</i>	13
<i>PARTIE I -</i>	49
<i>LE THÉÂTRE, ACTEUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ET PRIVÉE</i>	49
<i>TITRE I / (ACTE I) -</i>	51
<i>LES ATELIERS DE SANTÉ DANS LE THÉÂTRE :</i>	51
<i>UN LANGAGE ARTISTIQUE ACCESSIBLE À TOUS</i>	51
<i>CHAPITRE I / SCÈNE I -</i>	53
<i>L'ENRACINEMENT DU THÉÂTRE DANS LA SANTÉ PUBLIQUE ET PRIVÉE</i>	53
<i>CHAPITRE II / SCÈNE II -</i>	137
<i>L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION DE SANTÉ</i>	137
<i>TITRE II / (ACTE II) -</i>	219
<i>LE CORPS DANS LE THÉÂTRE MÉDICAL</i>	219
<i>CHAPITRE I / SCÈNE I -</i>	221
<i>LA MANIPULATION DU CORPS DU COMÉDIEN PAR LE MÉDECIN</i>	221
<i>CHAPITRE II / SCÈNE II -</i>	337
<i>LE CORPS S'EXPRIME DANS L'ART ET DANS LA MÉDECINE</i>	337
<i>PARTIE II -</i>	433
<i>JOUER AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ COMME DANS UN GRAND THÉÂTRE</i>	433
<i>TITRE I / (ACTE I) -</i>	435
<i>DU THÉÂTRE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE ET EN ERGOTHÉRAPIE</i>	435
<i>CHAPITRE I / SCÈNE I -</i>	439
<i>L'ART THÉÂTRAL POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'UN PROBLÈME PSYCHOLOGIQUE</i>	439
<i>CHAPITRE II / SCÈNE II -</i>	563
<i>LA PRATIQUE DU THÉÂTRE CHEZ LE PROFESSIONNEL ERGOTHÉRAPEUTE</i>	563
<i>TITRE II / (ACTE II) -</i>	617
<i>LE THÉÂTRE COMME PROJET DE SOCIALISATION DU PATIENT</i>	617
<i>CHAPITRE I / SCÈNE I -</i>	619
<i>JEU DE RÔLE : CRÉATION ET DÉVELOPPEMENT</i>	619
<i>CHAPITRE II / SCÈNE II -</i>	697
<i>LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ THÉÂTRALE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</i>	697
<i>CONCLUSION GÉNÉRALE</i>	771

À ma femme Nassilati,
À mes filles Sitti-Yshat et Echata-Ahmed,
À mes Parents, Frères et Sœurs,
À Hassani ALI DJAE

REMERCIEMENT

Je souhaite remercier en premier lieu ma directrice de thèse, Béatrice BOURDELOIS, Agrégée des facultés de droit, Professeur à l'Université Le Havre Normandie, Ancienne Directrice du LexFEIM (Laboratoire d'études en droits fondamentaux, des échanges internationaux et de la mer) et membre du CERMUD (Centre de recherche sur les mutations sociales et les mutations du droit), pour m'avoir accueilli au sein de son équipe de recherche.

J'adresse encore avec cœur ouvert et plein d'énergie, de chaleureux remerciements à ma co-directrice de thèse, Catherine PUIGELIER, Professeur des Universités, Responsable pédagogique du Master 2 Recherche Droit médical et de la santé de l'Université Paris VIII-Paris-Lumière, Membre du Laboratoire de droit social de l'Université Panthéon-Assas (Paris II), pour son concours et son attention de tout instant sur l'ensemble de mes travaux, pour ses lumières et son génie pédagogique, pour son écoute, ses observations précises et détaillées mais aussi pour ses conseils avisés et qui ont été indispensables pour la bonne réussite de cette thèse. Sa disponibilité pour répondre aux mails et pour m'accorder des moments d'échanges, son énergie et sa confiance qu'elle m'a accordé, ont été tous des facteurs moteurs pour ma réussite. J'ai beaucoup appris à ses côtés et je lui adresse ma gratitude pour tout cela. C'est toujours un grand plaisir de travailler à ses côtés.

Être un doctorant, aux mains de ces deux grands Professeurs, est une chance à souhaiter aux miens et aux jeunes chercheurs souhaitant étudier un sujet très innovant comme celui-ci.

Je souhaite notamment remercier Odile TIMBART, bénévole du Centre d'Initiatives et de Services des Etudiants de Saint-Denis pour son soutien et son concours mais aussi parce qu'elle m'a beaucoup appris.

J'associe à ces remerciements les Laboratoires LexFEIM de l'Université du Havre, le CERMUD et le Laboratoire de droit social à l'Université Panthéon-Assas (Paris II).

Je tiens à remercier tous les membres des équipes hospitalières, les compagnies de théâtre ainsi qu'à leurs comédiens, les associations, les familles et les patients qui m'ont aidé et soutenu durant mes années d'études. J'avoue que nous avons partagé de bons moments tout au long de la thèse.

**THÉÂTRE À L'HÔPITAL ET POLITIQUE DE SANTÉ
PUBLIQUE – APPROCHES DE SCIENCES AUXILIAIRES
DU DROIT**

INTRODUCTION : (Prologue)

À ce jour, aucune science et même le législateur n'ont établi de lien direct entre la santé, le droit et le théâtre ou précisé le rapport qui existe entre eux, bien que le théâtre reste convaincu qu'il y ait une collaboration possible. L'influence partagée entre ces trois disciplines pose question bien sûr, mais l'histoire témoignera de leur attachement.

Le monde littéraire prouve que le théâtre a souvent puisé aux sources de la santé et de la médecine pour partager ses informations. Par ailleurs, la santé à son tour n'a jamais cessé de faire appel au théâtre pour d'éventuelles progressions ou pour soutenir l'information, l'éducation et la communication en son propre domaine. La vie de la médecine elle-même est un théâtre où chaque acteur joue son propre personnage : ces deux disciplines – théâtre et médecine – restent de bons amis.

Le théâtre est un lieu de grande importance pour informer la population en matière de politique préventive, d'accompagnement et de resocialisation¹ du patient. Il a à sa charge de communiquer directement avec les malades et les usagers de l'hôpital, mais il est aussi un acteur de grande importance en éducation sanitaire pour le malade et son entourage. La devise « *informer, éduquer et communiquer* »² est un atout du théâtre qu'il partage avec toutes les disciplines. Mais depuis longtemps la médecine profite de cette compétence chaque fois que le besoin se présente en collaboration avec les professionnels du théâtre.

Jadis, la santé était toujours un sujet noble et sensible. C'est pourquoi un bon nombre d'écrivains utilisent le jargon de la médecine pour intéresser le public dans son ensemble ou pour toucher une population particulière. Cela permet aussi aux différents auteurs et metteurs en scène de sélectionner leurs personnages en fonction d'un public bien précis pour véhiculer leur message.

Le théâtre s'intègre petit à petit dans les établissements de santé et sa place à l'hôpital évolue tout comme la médecine elle-même. Ainsi émerge la « *Culture à l'Hôpital* »³ et les patients en bénéficient sur des sujets qui touchent la culture et la santé. Mais, malheureusement, les manifestations de reconnaissance sont rares, comme l'a souligné Éliane Apert à l'ouverture d'un séminaire : « *Pour ouvrir nos travaux, je voudrais d'abord souligner que le thème de la culture à l'hôpital est séduisant, comme tous les sujets qui impliquent la culture, mais qu'il est aussi ingrat.* »⁴ Celle-ci démontre alors la valeur de la « *Culture à l'Hôpital* » et quelle influence elle peut avoir sur la médecine : « *Face au poids de la maladie, face à la représentation de la souffrance, du médecin et du soignant, l'action culturelle et artistique dans l'enceinte hospitalière paraît décalée ou anecdotique, alors qu'elles peuvent,*

¹ La resocialisation est l'ensemble des procédés qui ont pour but la réinsertion sociale ou bien même une réadaptation harmonieuse et progressive d'un malade mental. Cette notion est encore développée dans plusieurs écrits à l'exemple de l'article de Jean-Pierre BARANGER., « *Intérêt de structures spécialisées pour la resocialisation des malades de longue durée* », Actualités psychiatriques, A. 1988, vol. 18, n° 5, pp. 51-55 [bibl. : 4 ref.].

² « *Appliquée au domaine de la santé, l'IEC (information, éducation, communication) est une intervention d'ensemble visant à provoquer chez des individus ciblés des changements de comportement ou d'attitude ou à les consolider, pour leur bien-être. Pour l'UNICEF, l'IEC est « le processus d'apprentissage par lequel des individus et des communautés adoptent volontairement et maintiennent des comportements bénéfiques à leur santé. » La réussite des programmes de santé dépendent du changement de comportement des populations. Pour atteindre ces objectifs, l'élément moteur est l'IEC, de ce fait il constitue l'une des composantes, sinon l'axe principal, de certains programmes de santé publique* ». Mustapha BOUCHENTOUF, « *Intérêts de l'IEC (Information, Education, Communication) dans la prévention des complications de la sclérose en plaque* », <https://www.memoireonline.com>, consulté le 8 septembre 2019

³ Convention signée le 4 mai 1999 entre les ministères chargés de la Culture et de la Santé.

⁴ Éliane APERT, sous-directrice de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, ministère de la Santé et de la Protection Sociale, « *Culture et Hôpital ; des compétences, des projets de qualité* », acte séminaire au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, des 30 et 31 mars 2004, p. 13.

comme nous le savons bien, contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leurs proches et aussi celle des professionnels de la santé. En établissant un lien différent soignant/soigné, en prenant mieux en compte les besoins humains et les choix de la personne malade, la « Culture à l'Hôpital » s'inscrit pleinement dans le mouvement de reconnaissance du droit du patient. »⁵

Cette ouverture à la « Culture à l'Hôpital »⁶ constitue un droit du patient qui n'est pas uniquement une obligation ou une doléance à pourvoir, mais il est en fait, un droit à l'écoute et à l'attention. Or, la médecine expérimentale n'en a pas fait usage pendant longtemps et n'a pas été encouragée à la développer à l'hôpital dès ses origines. En France, ce droit était ignoré non seulement des professionnels de santé, mais aussi du système. La culture a forcé son entrée à l'insu de la politique nationale de santé française.

Cela a contraint les ministères chargés de la culture et de la santé à mettre en place un « Programme national Culture à l'Hôpital »⁷ via une Convention signée le 4 mai 1999. Cette Convention a été soutenue par d'autres conventions régionales émanant de structures telles que les Directions régionales des affaires culturelles⁸ et les Agences régionales de l'hospitalisation. Ainsi s'est répandue, sur tout le territoire, une politique nationale commune de développement de la « Culture à l'Hôpital »⁹. Par ce dispositif, des partenariats se sont tissés au niveau national, mais aussi entre régions et jusqu'au plan local. Or il se trouve que le concept « hôpital » représente un grand univers institutionnel, égalitaire, géographique et culturel, médical, social et juridique.

Il serait important de développer ce droit de la culture pour montrer son importance au niveau social et de l'identité du patient, qu'il est inaliénable et imprescriptible à tout un chacun en suivant les principes : de ce qui ne peut pas être vendu ou hypothéqué, de ce qui ne peut pas être caduc et même de ce dont nul ne peut être privé. Le concept d'inaliénabilité qui prévoit en principe l'imprescriptibilité est bien évidemment utilisé en matière de droit de la personne humaine qui devient par la suite un droit constitutionnel, au sein de l'article 2 de la Déclaration de 1789 qui dispose que : « *Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles à l'homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression.* »¹⁰ Il a été encore repris et élargi par le préambule de la Constitution de 1946 qui dit que : « *Le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion et de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés.* »¹¹ Ce concept d'inaliénabilité lié à la personne humaine est clair et

⁵ *Ibid.*, p. 13.

⁶ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

⁷ La convention signée le 4 mai 1999 entre les ministères chargés de la Culture et de la Santé est un acte qui marque leur volonté commune de défendre le développement d'activités culturelles et artistiques dans les établissements de soins. Elle marque l'annonce d'un Programme National « Culture à l'Hôpital » dont le but recherché est d'inciter tous les acteurs culturels et les directeurs des établissements de santé à prévoir ensemble une politique culturelle concernant chaque hôpital et adaptée à ses besoins et à celui des patients. Ils doivent faire appel au réseau culturel de proximité pour assurer un plan d'action et de mise en œuvre.

⁸ Les Directions régionales des affaires culturelles représentent le ministère de la Culture et de la Communication dans chaque région depuis 1977 et la loi du 6 février 1992 organise l'administration territoriale de la République et ses services déconcentrés dans les activités culturelles. Ces directions sont chargées de mettre en œuvre, sous la tutelle du préfet de région ou du département, la politique culturelle définie par l'État. Elles exercent en principe une fonction de conseil et d'expertise auprès des partenaires culturels et leurs domaines sont : le patrimoine, la danse, le théâtre, les musées, les archives, le livre, la lecture publique, la culture scientifique et technique, les arts plastiques, le cinéma et l'audiovisuel, la musique et les spectacles, etc.

⁹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

¹⁰ Légifrance, « *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789* », consulté le 27 février 2017.

¹¹ *Préambule de Constitution française du 27 octobre 1946*, IV^e République.

défini sous plusieurs angles et développé dans l'ouvrage : « *L'inaliénabilité des collections, performances et limites ?* »¹².

La culture, par ses principes, a su modifier ou faire évoluer l'étude du corps humain dans les différents établissements de santé, comme d'autres sciences. Cette vision a été encore une fois soulevée par Jean de Kervasdoué qui écrit que c'est à travers différentes sciences que l'hôpital fait l'objet de son évolution : « *Cette organisation porte la marque de notre époque, de ses exigences, de la science médicale, mais aussi de l'histoire. Depuis à peine plus d'un siècle, les découvertes scientifiques et leurs applications ont bouleversé la compréhension du corps humain et la pratique de la médecine. L'hôpital a accompagné cette évolution en gardant souvent les valeurs du passé pour ce qu'elles ont de meilleur, mais en ne réussissant pas toujours à se libérer d'archaïsmes pesants.* »¹³

IJ LES ÉCRITURES DU THÉÂTRE ET DE LA MÉDECINE.

À Athènes, il y a eu plusieurs critiques et différents courants idéologiques du théâtre selon la manière dont il est aperçu socialement. Les écritures des artistes spécialistes¹⁴ du théâtre antique ont sans doute influencé la politique des tragédies grecques, la politique de l'État, la politique de santé, mais aussi le regard social dans ses dimensions de liberté, d'égalité et de démocratie participative. C'est un aperçu général et beaucoup plus synthétique puisque leur rapport était incertain et mal vu par les politiques et par d'autres courants idéologiques de l'époque. Il y eut donc, des courants majeurs ou des pratiques savantes qui ont structuré cette problématique d'une manière peu critique et qui font face à l'évolution du théâtre tragique jusqu'à aujourd'hui. « *Depuis les études très influentes de Louis Gernet et Jean-Pierre Vernant, la tragédie grecque n'est plus considérée comme un genre littéraire, mais comme un spectacle qui nécessite d'être placé dans son contexte historique et culturel, les festivals civiques et religieux d'Athènes au V^e siècle av. J.-C. Cet héritage de la pensée de Vernant a toutefois donné naissance à deux postures critiques opposées, que l'on pourrait résumer à gros traits de la manière suivante : d'un côté, une lecture historiciste de la tragédie, considérée comme émanation des structures idéologiques et des institutions athéniennes, et donc nécessairement politique. Ce mouvement est lui-même partagé en deux courants divergents : pour les uns, le théâtre tragique, contemporain et consubstantiel de la démocratie, participe à la construction de l'État en venant affermir ses fondements idéologiques. À l'opposé, et dans la droite ligne des écrits de Vernant, pour qui "la tragédie n'est pas le reflet de la réalité sociale", mais "la met en question", d'autres affirment que la fonction de la tragédie n'était ni de relayer ni de faire la propagande de l'idéologie civique d'athénienne, mais au contraire d'interroger et de mettre en crise le fonctionnement démocratique.* »¹⁵

¹² Marie CORNU, Jérôme FROMAGEAU, Jean-François POLI, Anne-Christine TAYLOR (sous la direction de), « *L'inaliénabilité des collections, performances et limites ?* », aux éditions L'Harmattan, 2012. Cet ouvrage explique d'une manière très explicite le terme d'inaliénabilité et son évolution historique du droit et du patrimoine.

¹³ Jean DE KERVASDOUÉ, avec la collaboration de Stéphane BILLON., « *L'hôpital* », Que sais-je ?, 1^{ère} édition : 2004, quatrième édition mise à jour 12^e mille, p. 5.

¹⁴ Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAT et Alain VIALA (sous la direction de), « *Corps en scène* », éd. CNRS Éditions, Paris, 2015, p. 176.

¹⁵ *Ibid.*

Des médecins et des scientifiques mettent leurs plumes au service de l'activité théâtrale pour valoriser davantage l'image donnée par les comédiens et d'autres hommes de l'art théâtral. La plupart d'entre eux essaient de tisser un lien très étroit entre le corps, l'esprit, et l'art dans leur imagination, leur capacité d'émouvoir, de donner du plaisir, du doute et de la douleur.

L'idée des spécialistes du théâtre de faire de la médecine une partie intégrante du théâtre dramatique, investit de près la renaissance de la compréhension de la société hellénique du spectaculaire qui donne naissance à l'alliance de la médecine traditionnelle et de l'art dramatique couramment appelé : « *La tragédie* ». Cette naissance affecte le système de l'hôpital dans sa façon d'exercer, mais aussi produit des effets considérables sur la tragédie comme à l'apogée de ses principes. « *Lorsque l'auteur hippocratique compare les mauvais médecins aux figurants que l'on fait paraître dans les tragédies, c'est moins pour assimiler le bon médecin à l'acteur, que pour condamner une usurpation des apparences et se livrer à l'éloge de tout nouveau professionnalisme : ces gens [les médecins charlatans] ressemblent beaucoup aux figurants qu'on fait paraître dans les tragédies. De même que les figurants ont l'apparence, l'habit et le masque d'acteurs, sans être acteurs, de même, parmi les médecins, beaucoup le sont par le titre, bien peu le sont par le fait.* »¹⁶

Le médecin était toujours élu par le peuple. Il devait être capable de convaincre ses patients à partir d'une culture du discours plus soigné en efficacité de parole, mais aussi en assurance de ton qui étaient des valeurs beaucoup plus attendues que des soins qui étaient bien incertains. Jean-Marie Pradier montre encore que : « *l'orateur Antiphon n'avait-il pas ouvert boutique avec une enseigne où il avait inscrit qu'il était capable de traiter les chagrins par les discours ?* »¹⁷ Selon Platon, il voyait d'un mauvais œil ce mode de recrutement qui ne facilitait pas la profession médicale et qui mettait à l'écart les professionnels de l'art et de la médecine de leurs exercices. Jean-Marie Pradier affirme que : « *Platon, dans le Gorgias, s'attriste dans ce mode de recrutement qui avantageait les bavards impudents et séducteurs et laissait pour compte les artisans habiles, mais taciturnes.* »¹⁸ Les maux sont enlevés par des guérisseurs bien appropriés tels que les médecins et les acteurs qui mettent ensemble la pratique de l'art dans la médecine au profit de leurs patients. « *Médecins et acteurs sont bien les gens qui lèvent les maux par le pouvoir de l'évocation. Les premiers ajoutent à la voix le geste qui soulage ; les seconds animent le texte par le mouvement qui émeut.* »¹⁹

Pour ce qui est de la médecine hippocratique, elle s'est dotée de l'idée de s'éloigner de la magie et des pratiques purement rituelles pour mettre en place l'exploration rationnelle de la maladie. Elle a dû faire face à de nombreuses critiques et des théories explicatives sur le plan physique et organique. Elle s'est allouée une autre manière de concevoir la médecine et de définir les différentes causes des maladies. « *L'idée d'une réalité composée d'éléments primaires organisés selon des principes et des règles existant en soi, en dehors de tout caprice divin, a progressivement conduit les médecins à envisager les irrégularités physiologiques et mentales de l'homme comme la manifestation des anomalies d'un système interne imaginé après une réflexion sur les nombres, l'harmonie et leurs combinaisons, et la gestion. Un*

¹⁶ Jean-Marie PRADIER, « *La scène et la fabrique des corps : ethnoscénologie du spectacle vivant en Occident (V^e siècle av. J.-C.-XVIII^e siècle)* », Presse Universitaire de Bordeaux, 2000, p. 80.

¹⁷ *Ibid.*, p. 80.

¹⁸ *Ibid.*, p. 80.

¹⁹ *Ibid.*

grand nombre de médecins, y compris parmi les inventeurs, se contentaient de considérer les causes de la maladie en termes d'excès ou de défaut à partir de deux coordonnées bipolaires : l'une constituait l'axe du sec et de l'humide, l'autre, celui du chaud et du froid. »²⁰ Cela signifie tout simplement que certaines critiques de médecins avancent à partir de postulats²¹ tels que le chaud, le froid, l'humide, le sec qui continuent à être la cause originelle des maladies et de la mort des hommes. Cette nouvelle philosophie de la médecine a été clairement définie sous plusieurs angles et donne de nouvelles valeurs subtiles et d'autres substances que les traités théoriques et critiques intitulés l'Ancienne médecine²² ont mis en place pour la nouvelle interprétation de l'art et de la médecine.

A] HISTORIQUE

L'histoire témoigne largement de la rencontre institutionnelle et du métissage de deux grands domaines : la médecine et la culture sont nées dans les hôpitaux grâce au passage par l'hôpital de grands hommes de la peinture, des romanciers et d'autres courants d'idées de la médecine qui sont découverts et qui laissent des traces qui révèlent le début d'une longue histoire qui est celle de l'art dans les milieux hospitaliers. Le terme médicalisation²³ est souvent utilisé pour parler de l'évolution que connaît la pratique médicale dès le XIII^e siècle dans les pays méditerranéens. Les termes d'institutionnalisation²⁴ et de professionnalisation²⁵ de la médecine sont définis par Joseph Shatzmiller et Michael McVaugh pour désigner des aspects de la médecine qui sont à la fois théoriques et pratiques.

Tout cela a conduit à la création des facultés de médecine qui redonneront très rapidement un nouveau regard sur la médecine, la constitution d'un curriculum d'études et le renforcement, d'une manière stricte, du contrôle de l'accès à la profession par différentes instances *ad hoc* (administrations adéquates) et la mise en place des différentes formations de collèges de praticiens. Les médecins et les autorités publiques soucieuses du système de santé publique conçoivent ensemble une transformation de l'hôpital pour un principe d'une grande utilité commune et qui permettra d'avoir un corps médical habilité à prendre en charge la santé des populations.

En faisant référence à l'histoire, l'hôpital doit être considéré comme une maison d'homme et pourtant, il est pertinemment resté bien longtemps un lieu à part du reste de la société ou un espace de grand renfermement pour ceux qui n'avaient pas droit de cité. « *Les affinités électives de la Culture et de la Santé ne sont (...) pas nouvelles, si l'on veut bien y songer : dans l'Antiquité, déjà, Apollon était à la fois le dieu des arts et le dieu guérisseur ! Et l'histoire de la médecine est traversée de recherches, de thérapies qui ne sont pas uniquement centrées sur la seule question organique, mais qui, plus largement, prennent en*

²⁰ *Ibid.*

²¹ Hippocrate NULL, « *L'ancienne médecine* », éd., Belles Lettres, Coll., Des Universités De France – Coll Budé, 1990.

²² *L'Ancienne médecine* ou *De l'Ancienne médecine* est un texte écrit par l'auteur grec Hippocrate qui est parfois assimilé comme une œuvre propre d'Hippocrate. Ce livre divulgue d'une part, les idées d'Hippocrate et les débats afférents de l'époque, et d'autre part, les méthodes utilisées dans ces débats. Ce texte est rédigé contre les auteurs qui faisaient usage de la théorie des quatre éléments qui expliquait l'origine des maladies par : chaud, sec, froid et humide. Il contredit ce point de vue par deux notions telles que la médecine ne peut s'argumenter sur des hypothèses réservées aux choses non certaines. Selon lui, la médecine doit se justifier principalement sur des observations et des faits, appelés la réalité. La médecine doit au-delà faire référence à des raisonnements.

²³ Marilyn NICOUD, « *Formes et enjeux d'une médicalisation médiévale: réflexions sur les cités italiennes (XIIIe-XVe siècles)* », Belin, Genèses-Sciences sociales et histoire, 2011-1 n° 82, pages 7-30.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*

compte la dimension psychologique, spirituelle et culturelle du patient – au moyen, notamment, de la musique, du dessin, de l'écriture. Tel Proust découvrant avec émerveillement le fameux "théâtrophone" et son pouvoir de faire entrer les opéras de Wagner et de Debussy dans sa chambre de malade, le patient doit avoir la possibilité de transformer ce temps de la traversée de la maladie en un temps de réflexion sur soi et sur le monde. »²⁶

C'était donc une manière de savoir-faire, pour faciliter l'accès à ce loisir à un public éloigné de la culture du fait d'un handicap ou d'une maladie, quel que soit sa nature ou son origine, la culture doit en principe rester accessible à tous sous toutes ses formes. Elle doit demeurer à chacun, non seulement dans son individualité et dans sa singularité, mais aussi dans son humanité, indispensable dans le processus de soins hospitaliers et dans le fondement de démocratisation culturelle. Par l'aspect respectif de l'hôpital en tant que lieu d'enseignement et de recherches, il est par la suite devenu ouvert à différentes figures d'arts et d'artistes pour faciliter leurs exercices au profit des malades.

Les arts et les hôpitaux s'embrassaient depuis le Moyen Âge et les pauvres étaient assistés aux XII^e et XIII^e siècles par des hôpitaux de la ville épiscopale. Les hôpitaux de charité entre le XIV^e et le milieu du XV^e siècle se trouvaient dans l'obligation d'accueillir les pauvres et les blessés de guerre, de surmonter les crises économiques et les famines ainsi que de faire face aux différentes épidémies ; leurs actions s'étalèrent largement aux populations miséreuses.

Cela a impliqué que des personnages laïcs et très fortunés construisissent des hôpitaux pour lutter contre ces temps pénibles. « *L'Hôtel-Dieu*²⁷ *de Beaune est un fleuron de l'architecture hospitalière, fondé en 1443 par Nicolas Rolin, chancelier de Philippe le Bon.* »²⁸ « *La chartreuse de Champmol*²⁹ *témoigne avec le puits de Moïse*³⁰ *réalisé par Claus Sluter pour Philippe le Hardi et Marguerite de Flandres dans le cadre de la commande de cette Chartreuse de Germolles en 1378.* »³¹ C'est l'une des sculptures rares qui date de la fin du XIV^e siècle et qui relate la présence de l'art dans les établissements de santé. Il s'agit bien évidemment des vestiges d'un calvaire situé au centre d'un puits. Aujourd'hui, il se trouve au sein du parc du centre hospitalier spécialisé, un asile psychiatrique de Dijon. L'Allemand Erwin Panofsky (1892-1968), historien de l'art et essayiste, précisait que, dans les œuvres de Claus Sluter, il y a non seulement de Michel-Ange, mais aussi du Bernin. Au début du XX^e

²⁶ Frédéric MITTERRAND, ministre de la Culture et de la Communication, extrait de son Discours prononcé le 6 mai 2010 à l'occasion de la signature de la convention Culture et Santé avec Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, revue de la société française d'Histoire des hôpitaux, numéro spécial 140, juin 2011, p. 5. Annexe numéro 1 : Discours du ministre.

²⁷ Le Musée de l'Hôtel-Dieu sur l'ordre de classement est le 6^e musée de France : « *L'Hôtel-Dieu* », brille par ses immenses façades gothiques avec ses styles de toits vernissés, charpentés ou tapissés de figures géométriques et aux couleurs très éclatantes. Il fait partie du grand patrimoine des Hospices de Beaune à but charitable. Cet établissement a été construit en 1443 sous le patronage de Nicolas Rolin, chancelier du Duc de Bourgogne et de son épouse Guigone de Salins. Pour acheter leur salut, ils ont décidé par la suite de transformer l'établissement en un hospice pour les pauvres, et ce n'est que le 1^{er} janvier 1452 que l'hôpital accueillit son premier patient. L'hôpital a reçu des dons qui ont permis de développer et d'ouvrir de nouvelles salles, mais aussi d'acquérir des œuvres d'arts.

²⁸ Alain VASSEUR, directeur artistique d'Itinéraires Singuliers, « *Histoire de la Culture à l'hôpital* », Service Communication Centre Hospitalier la Chartreuse, décembre 2015, p. 1.

²⁹ La chartreuse de la Sainte-Trinité de Champmol est un ancien monastère de l'ordre des Chartreux situé à Dijon, chef-lieu de la Bourgogne-Franche-Comté, et occupé par un centre hospitalier. Le début sa construction remonte en septembre 1378 par Philippe le Hardi au lieu-dit de Champmol à l'extérieur de la ville de Dijon. Il a clairement précisé dans son testament de 1386 qu'il sollicite d'y être inhumé dans le même style d'habit que les chartreux. C'est pour cette raison que les ducs du Bourgogne ont eu l'idée de faire venir différents artistes dans le but de réaliser des œuvres d'art telles que la peinture et la sculpture afin de décorer le couvent. Ce dernier est fermé et vendu au mois d'avril 1791 pendant la Révolution française. Le nouveau propriétaire a par la suite démoli l'église et les bâtiments n'ont pas été utilisés jusqu'en 1833. Le site est ensuite racheté par le même département de la Côte-d'Or pour le transformer en un asile psychiatrique. La plus grande partie des œuvres d'art qui étaient conservées sont éparpillées et en partie dispersées dans de nombreux musées du monde entier.

³⁰ L'œuvre du sculpteur hollandais Claus Sluter et de son neveu Claus de Werve, en collaboration avec le peintre Jean Malouel pour la polychromie, le puits de Moïse, était une commande de Philippe II de Bourgogne.

³¹ *Ibid.*

siècle, plus précisément en 1905, l'historien de l'art spécialiste du Moyen Âge, Arthur Kleinclausz, écrivait la première monographie sur Claus Sluter avec un lien très étroit de l'histoire sociale de l'art. Il affirme que c'était le lieu où logeait et travaillait Claus Sluter tout au long de la période où il était au service du duc. Il était chargé d'étudier tout à la fois les questions du rôle et de la place de l'artiste sous la période du XIV^e siècle et de s'interroger sur sa formation.

L'évolution du patrimoine hospitalier constitué d'apothicaireries (anciennes pharmacies), d'objets mobiliers, ainsi que d'archives et sa noble qualité architecturale, incite à croire que les hôpitaux présentèrent des espaces d'accueil tout à la fois pour les artistes et pour les créations d'œuvres. Au XVII^e siècle, la Révolte plongée dans la guerre de Trente Ans véhicula encore une fois des misères et des maladies non négligeables et les populations furent gravement touchées. Le pouvoir royal affecté par la peur des mendiants et des malades en 1662 publie une déclaration encourageant les grandes villes vers une politique de mise en place d'un hôpital général ayant pour but d'héberger les malades, les invalides, les pauvres, les orphelins et les mendiants et de mieux les contrôler. Au fur et à mesure, les hôpitaux se sont développés dans la seconde moitié de ce siècle par les bienfaits des initiatives privées. La culture s'introduisit encore plus au sein des hôpitaux et se développa plus largement dès 1634 avec l'apparition de la lecture à l'hôpital lancée sous le vocable « *distraction des malades* » qui, par la suite, ouvrit les portes aux bibliothécaires jusqu'en 1845 environ où apparaissent dans les établissements de santé, pour la première fois, des bibliothèques qui faciliteront la lecture aux patients, aux usagers ainsi qu'aux personnels médicaux et hospitaliers.

L'Hôpital de la Pitié à Paris appelle en 1934 pour la première fois un bibliothécaire qui marque le début de la lecture en établissement de santé, suivi par l'ouverture des bibliothèques aux différents centres médicaux universitaires.

« Dans les années 1800, l'hospitalisation du Marquis de Sade à la Maison de Charenton favorisa l'entrée du spectacle vivant en unité de soins et la pratique artistique des malades puisque ce personnage illustre mit en scène des représentations théâtrales "thérapeutiques" auxquelles le Tout-Paris était convié. D'ailleurs, en 1930, les pouvoirs publics préconisèrent la construction des salles de spectacles dans l'enceinte des hôpitaux pour distraire les malades en long séjour et en isolement (tuberculose...). »³²

La valeur de l'artiste dans les hôpitaux est apparue « *entre 1950 et 1960, l'administration de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris introduisit la notion d'excellence artistique en rédigeant des circulaires adressées aux directeurs d'établissements insistant sur les critères de qualité et satisfaction des hospitalisés dans le choix des spectacles proposés aux malades et en fixant une politique tarifaire pour les spectacles et les séances cinématographiques. En 1959, la création du ministère de la Culture permit de mettre en évidence la notion de politique culturelle et de démocratisation.* »³³

Les années quatre-vingt marquent le symbole de l'émergence et de l'évolution d'actions socio-culturelles et culturelles justifiées par la présence des marques artistiques issues des multiples disciplines confondues. Ces artistes ont donc le courage d'améliorer le système des soins, ainsi cette recherche de qualité que la médecine expérimentale envisage comme nouveau procédé de savoir-faire et de sens et qui se développe petit à petit dans des

³² *Ibid.*, p. 1.

³³ *Ibid.*, p. 2

services plus appropriés, comme la pédiatrie au profit des enfants et dans des hôpitaux psychiatriques.

La vision artistique à l'hôpital envers les malades ne s'arrête pas là, elle prend en compte les personnes âgées, les personnes handicapées ou les malades pour les aider à oublier leurs malheurs et leurs douleurs dans un temps bien précis. Certains travaux peuvent faire l'objet d'exemples de clarté en prenant en compte plusieurs aspects de valeurs telles que l'étude portant sur l'enseignement universitaire, la grande diversité ouverte dans les milieux médicaux, la place donnée aux femmes et aux charlatans sur les pratiques communales ainsi que dans les médecines rurales. Il est encore important de tenir compte de la méthode appliquée à la politique de prévention face aux épidémies, mais aussi à la transformation des hôpitaux dits établissements charitables hier en établissements de soins aujourd'hui. Pour Marylin Nicoud, « *une autre dimension de cette médicalisation médiévale a peut-être été plus négligée : ce qui touche notamment aux relations qu'entretiennent patients et médecins et qui conduit souvent les praticiens à mieux définir non seulement l'objet même de leur art, le champ de leurs compétences, l'éthique à suivre dans la pratique, mais aussi les rapports que leur discipline doit entretenir avec d'autres savoirs proches.* »³⁴

La place faite à l'étude continue et les grands spécialistes se voient confier des tâches lourdes pour le bien-être du patient. « *En 1981, le Fonds d'intervention culturelle confia à Geneviève Gallot une étude sur les pratiques artistiques et culturelles des personnes âgées, malades ou handicapées. Le rapport final proposa la création de structures associatives régionales pour faciliter la sensibilisation de ces publics à l'expression artistique par l'intervention des artistes professionnels dans les établissements de soins. De 1982 aux années 1995, les programmes « Culture à l'Hôpital », et « Handicap et Culture » (1982) commencèrent alors timidement à se décentraliser pour faire rentrer la culture subventionnée dans les lieux réputés d'exclusion : maisons de retraite, hôpitaux psychiatriques et de longs séjours...* »³⁵. L'hôpital de Montpellier comme ceux de Rouen, d'Aix, de Nanterre, de Dijon et de Lyon sont tous retenus comme des hôpitaux de références et ils incarnent des expériences très diversifiées en spectacle vivant, mais aussi en peinture et en art plastique. Tous ceux-là ont la légitimité de la régénération à la « *Culture à l'Hôpital.* »³⁶

La culture institutionnelle entre dans les hôpitaux officiellement en 1996 pour étendre l'offre culturelle à un public restreint dit « *empêché* », suite à une enquête menée par le ministère de la Culture et de la Communication au ministère de la Santé sur la question de la mise en place d'un « *Programme Culture à l'Hôpital* »³⁷. « *Ces fréquentations d'abord clandestines, les tâtonnements du début du XX^e ont permis d'aboutir à une réelle volonté politique et interministérielle qui sont aujourd'hui devenus une véritable volonté d'humaniser l'hôpital et de redonner à l'art sa vraie nature : celle de rester accessible à tous.* »³⁸ L'hôpital prend une autre dimension et ouvre ses portes pour tous sans distinction de race, de religion et d'origine. Il est non seulement un lieu d'hébergements, de naissances, de guérisons mais aussi un lieu où la présence de la mort est toujours fréquente. « *En ce début du XXI^e siècle, en*

³⁴ Marilyn NICOUD., « *Éthique et pratiques médicales aux derniers siècles du Moyen Âge* », Médiévales, n° 46, Paris, PUV, printemps 2004, p. 5-10.

³⁵ Alain VASSEUR, « *Histoire de la Culture à l'hôpital* », *op. cit.*, p. 2.

³⁶ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

³⁷ *Op. cit.*

³⁸ Alain VASSEUR, « *Histoire de la Culture à l'hôpital* », *op. cit.*, p. 2..

France, l'hôpital soigne et prend en charge tous les malades. On y naît et on y meurt (ref : en 2006, selon l'INSEE (état civil) 70 % de Français sont morts dans une institution sanitaire ou médico-sociale), on y accueille 24 heures sur 24, et souvent gratuitement, toutes les détresses, toutes les maladies et les accidents, ceci sans discrimination d'origine, de sexe ou de fortune. »³⁹ Cette institution applique bien entendu l'art-thérapie sous l'influence et le courage des différents artistes avec différentes formes de bases telles que la lecture, le théâtre, la peinture, l'art plastique, la musique et la danse et autres. Dans ce travail de recherche, le théâtre ou le théâtre thérapeutique constitue l'axe principal de l'étude. Le théâtre représente pour le patient un élément ou un passage indispensable dans sa vie médicale. Pour Aristote, la tragédie emporte le spectateur ou le patient à l'hôpital comme l'acteur par le fait de la théorie de la catharsis, la délivrance qui se produit par la représentation artistique comme le théâtre dramatique ou comme dans certaines mélodies qui transportent l'âme hors d'elle-même. Molière par le biais de ses œuvres et ses représentations théâtrales reste l'inévitable, l'incontestable ou le repère du théâtre comique et scientifique qui parle de la médecine et de la maladie. D'une part, dans ses jeux de farces, le professionnel médical se sent touché et ciblé et, d'autre part, le patient se libère de ses émotions en oubliant ou en atténuant ses douleurs par l'accompagnement d'un plaisir.

1) Avant Molière (1622-1673)⁴⁰

Les scientifiques de l'histoire de la médecine mettent en relief que le théâtre est la branche la plus ancienne de l'art-thérapie consacrée à l'étude de l'anatomie humaine, à l'étude des connaissances, à la pratique médicale et à la recherche chirurgicale de tous les temps. Ce qui a impliqué toutes les classes humaines à avoir recours à des croyances médicales nobles issues de la mythologie ou de la superstition pour donner des explications aux phénomènes naturels comme la naissance, la vie, la maladie et/ou la mort. La force du mythe dans le théâtre restait incontournable puisque la présence de la maladie ou la maladie elle-même a été attribuée d'une part, à la sorcellerie et aux démons et, d'autre part, aux influences astrales qui vont toutes à l'opposé de la volonté des dieux. Quelques traces de ces opinions demeurent encore une fois répandues sous la croyance en la guérison par la prière, mais le développement de la médecine scientifique et expérimentale du monde contemporain a éradiqué et rendu caduques certaines croyances très anciennes de la médecine.

Pour ce qui est du droit, ou plutôt de la loi, elle est toujours présente dans la médecine et elle a toujours laissé des marques de son passage dès l'Antiquité. La présence d'un recueil de plusieurs articles et normes contraignants appelé couramment le Code d'Hammurabi⁴¹ au

³⁹ Jean DE KERVASDOUÉ, avec la collaboration de Stéphane BELLINI., *op. cit.*, p. 5.

⁴⁰ Jean-Baptiste Poquelin, connu sous le nom de Molière, baptisé le 15 janvier 1622 en l'église Saint-Eustache à Paris et mort le 17 février 1673 dans sa ville natale, là où il a passé sa vie professionnelle de dramaturge et de comédien français. Il a eu des critiques, mais aussi des éloges, reconnu comme étant le meilleur acteur et auteur comique du royaume. Après sa mort, une autre image est associée à son personnage comme l'un des génies les plus réputés de l'histoire de la littérature universelle, mais aussi le référent du théâtre dans la médecine. Pendant treize ans, il a fait le tour des provinces méridionales du royaume avec d'autres comédiens, en s'imposant comme les meilleurs acteurs tragiques. Il se met à écrire des pièces, des farces et des comédies dans le goût purement italien. Une fois de retour à Paris en 1658, il a pris la direction de la « Troupe de Monsieur », et en 1665 cette troupe devient « Troupe du Roy ». Après avoir mis en scène plusieurs pièces touchant au domaine de la médecine, il décède à l'âge de cinquante et un ans. Il est resté le symbole de l'art théâtral non seulement en France, mais aussi dans le monde entier. Pour exemple le français est fréquemment désigné comme la langue de Molière tout comme l'anglais, la langue de Shakespeare.

⁴¹ Le Code de Hammurabi est un texte juridique babylonien daté d'environ 1750 av. J.-C. Il rassemble les différentes normes et il est le plus ancien à ce jour et le plus complet des codes de lois connus de la Mésopotamie antique. Ce n'est qu'en 1901 à 1902 qu'il a été découvert en Iran et à Suse. Ces normes sont gravées sur une stèle (tableau) de 2,25 mètres de hauteur et la grande partie des textes est en écriture

XVIII^e siècle av. J.-C. témoigne des premières traces écrites en droit ayant un lien très étroit avec la médecine. Ce Code découlait des normes réglementant la profession médicale, particulièrement ses horaires de travail ainsi que différents risques que les médecins encouraient en cas de faute professionnelle.

Quant à la période de l'Antiquité, il serait noble de parler de la construction de la bibliothèque médicale d'Assurbanipal⁴² au VII^e siècle av. J.-C., marquant en soi le début de la formation médicale. Elle avait comme idée principale de dissocier la médecine et la magie dans un même aspect professionnel. La plus grande majorité des savants de l'Antiquité grecque sont des promoteurs de la médecine occidentale à l'exemple de certains précurseurs : Pythagore, Thalès de Milet, et Empédocle d'Agrigente qui sont bien sûr connus dans ce monde contemporain par leurs écrits en philosophie ou en mathématiques, mais qui étaient tout de même de grands médecins connus, d'une réputation incontestable. Il y a aussi le premier savant grec célèbre de la médecine, Hippocrate, connu par ses œuvres et ses recherches en la matière au V^e siècle av. J.-C. Il a encore traditionnellement marqué ses traces par le serment d'Hippocrate⁴³ dont il est l'auteur et qui porte son nom. Ce texte a une valeur juridique puisque chaque médecin doit, avant d'exercer ses fonctions, faire le serment de respecter ses engagements. Il a également fait partie du programme d'étude de médecine jusqu'au XVII^e.





L'anatomie humaine qui lie le théâtre, la santé et le droit est un élément fondamental de l'étude théâtrale et indispensable aux enseignements de la médecine, mais aussi elle fait l'objet principal à l'étude de droit. Les enseignements produits en matière d'anatomie humaine à l'école d'Alexandrie⁴⁴ en 320 av. J.-C. sont malheureusement abandonnés pendant longtemps par des médecins qui ont préféré utiliser des enseignements d'Aristote qui se basent sur les extrapolations d'études des animaux, au détriment de l'anatomie humaine. Claude Galien⁴⁵, au II^e siècle, a repris la théorie des quatre éléments avancés par Hippocrate dans différents manuscrits qui firent une grande autorité jusqu'à la Renaissance, mais la rationalise avec des organes producteurs. Certaines normes et quelques définitions des maladies et des blessures sont définies dans le papyrus Edwin Smith⁴⁶ qui contient des

cunéiforme, mais aussi en langue akkadienne. Ce Code est exposé de nos jours au Musée du Louvre à Paris. Ce Code présente plus qu'une valeur juridique, il contient une inscription royale glorifiant le souverain Hammurabi dont la période de règne sur Babylone s'étend de 1792 à 750 av. J.-C. Une grande partie de ce texte est constituée d'un bon nombre de décisions de justice. Dans cet arsenal se trouvent des normes d'organisations et des pratiques judiciaires, des droits de la famille et de la propriété, des statuts sociaux ainsi que des activités économiques.

⁴² La Bibliothèque royale d'Assurbanipal couramment appelée par le nom du dernier grand roi d'Assyrie antique qui l'a construite, Assurbanipal (668- 627), présente une collection de vingt-cinq mille tablettes d'argile et aussi de fragments portant des textes du VII^e siècle av. J.-C., qui pour la plupart d'entre eux sont rédigés en akkadien cunéiforme. Ces textes présentent une valeur considérable pour les textes fondateurs de la civilisation mésopotamienne.

⁴³ Annexe numéro 2 : serment d'Hippocrate

⁴⁴ Cette ville a été fondée par Alexandre le Grand en 331 av. J.-C. Alexandrie est une des grandes villes d'Égypte, elle comptait environ 4 300 000 d'habitants en 2010. Elle était la capitale du pays, un des plus grands centres du commerce, mais aussi le foyer culturel hellénistique de la mer Méditerranée par la présence de son immense bibliothèque.

⁴⁵ Galien est un médecin grec de l'Antiquité, né à Pergame en Asie Mineure (129-216), qui exerça la médecine dans sa ville natale et à Rome où il soigna plusieurs empereurs de son époque. Il fut un des grands auteurs prolifiques et géniaux, il était un personnage exceptionnel influencé par sa passion de la science et de la recherche des réalités médicales. Son domaine de recherche était basé à la fois sur la raison et l'expérience, mais aussi sur des explications sur toutes sortes de formes d'art médical. Selon l'histoire, il est considéré non seulement comme un grand médecin créateur parmi d'autres de l'Antiquité gréco-romaine. Avec Hippocrate, il est considéré comme l'un des fondateurs de la médecine européenne. Sa grande théorie médicale a dominé la médecine en général jusqu'au XVIII^e siècle. Ce n'est que le développement de la théorie expérimentale qui installa une base solide du système cardiovasculaire, respiratoire et digestif, mais aussi du système nerveux. Sa base était la théorie des quatre éléments représentés symboliquement dans la tradition alchimique : la Terre a comme symbole :  ; l'eau est représentée par :  et l'air par :  ; et pour finir le feu est symbolisé par : . En partant de cette base, chaque substance est constituée d'un ou de plusieurs de ces éléments en plus ou moins grande quantité. Cela justifie la présence de certaines matières volatiles, chaudes, froides et humides ou sèches.

⁴⁶ Le Papyrus d'Edwin Smith a été acheté à Thèbes en 1862 par un revendeur, le grand collectionneur Edwin Smith, puis traduit et publié par l'égyptologue James Henry Breasted en 1930. Il est connu comme étant le plus ancien texte traitant de chirurgie. Il avait un usage militaire et

données médicales qui datent de l'Antiquité du XXX^e siècle av. J.-C. « *Il ne s'agit donc point de nier les mythes, comme Boukharine a nié que des rapports psychologiques existent entre les hommes, en expliquant à l'appui d'une telle thèse que les rapports de la terre, du soleil, des étoiles, n'étant ni psychologiques ni mythiques, ceux des hommes n'ont aucune raison de l'être non plus. Dire, comme Boukharine, que les hommes sont des "machines à travailler", et que la psychologie n'existe simplement pas, porter de tels coups à l'ennemi, c'est se frapper soi-même.* »⁴⁷

En fin de compte, la mythologie et le théâtre sont intimement liés et pour se débarrasser du mythe, il faut tout d'abord être en mesure de comprendre leur langage à fond, le langage de l'abstrait, de l'invisible, de tout ce qui est caché et ce qui est enseveli dans les rêves de tout être humain comme la Kabbale⁴⁸ ou la Qabale en français. C'est dans ces rêves qu'existe l'alliance des mythes et de la psychologie. « *Le propre du rêve est de représenter la réalité sous un aspect symbolique, dramatique, défiguré, méconnaissable. Telle est l'histoire des mythes : la représentation d'un rêve. Telle est l'histoire du théâtre : la représentation de cette représentation. Or, ce qui frappe le plus, lorsqu'on est réveillé, c'est de voir à quel point, du monde fantasque des rêves, il est impossible de voir la réalité.* »⁴⁹

L'histoire d'Œdipe est le symbole même de l'existence de la mythologie, elle est défendue, expliquée et mise en scène par des experts de l'art depuis longtemps. Elle ne change pas de figure, elle ne devient pas une réalité, elle reste dans son contenant : le mythe. Dans les rêves, l'homme se trouve au milieu d'un mythe ou d'une réalité non réalisable ou simplement du vraisemblable. L'histoire d'Œdipe reviendra de temps en temps tout au long de cette étude puisque le mythe situe l'homme par rapport à son milieu et sa nature ainsi qu'aux différents changements que l'homme subit par cette nature. Le théâtre ne peut avoir plus qu'une fonction représentative de ce que le mythe nous représente dans l'imaginaire comme il a été souligné : « *La seule fonction que doit avoir aujourd'hui un théâtre qui nous représente réellement, c'est de montrer, sous ses différents aspects, dans ses différents registres, la lutte impitoyable, sans merci, entre la réalité et les mythes, l'écroulement du monde des mythes sous les coups de la réalité, et le triomphe inéluctable, de la révolution, du réveil.* »⁵⁰ La comédie et la tragédie sont les principaux fondateurs de l'art théâtral, de jour en jour, elles évoluaient et elles rajoutaient d'autres aspects tels que la marionnette ou le masque utilisé par Henri Legrand (1587-1637), connu à Belleville par ses représentations de pièces théâtrales sérieuses ou par « *Turlupin* »⁵¹ dans ses farces. Il joua auparavant sur le Pont-neuf et il commença ses entrées en groupe dans la troupe de l'Hostel de Bourgogne⁵². Il se retrouva ensuite dans le Trio de paillasses avec ses coéquipiers Gaultier-Garguille et Gros-Guillaume. Après plusieurs représentations, les acteurs de théâtre démontrent que leur personnage de

définir quarante-huit cas de blessures, de fractures, de tumeurs et de dislocations ainsi que leurs traitements. Ce texte est rédigé ou éventuellement copié vers 1500 av. J.-C., sous les XVI^e et XVII^e dynasties du Nouvel Empire de l'Égypte antique. En dehors de la magie, il est le premier texte parlant du mot cerveau et décrivant un lien entre les organes.

⁴⁷ Revue de l'art théâtral, « *Les Cahiers du théâtre d'action internationale* », Gallia-BnF, octobre 1932. p.9.

⁴⁸ La Kabbale, qui peut avoir le sens de « *réception* », est une forme anglicisée écrite de préférence Cabbale ou Qabale en français. Elle symbolise une tradition ésotérique du judaïsme où elle présente la « *Loi orale et secrète* » donnée par le grand Dieu à son messager Moïse sur le mont Sinaï, tout comme la « *Loi écrite et publique* » qu'est la Torah.

⁴⁹ Revue de l'art théâtral, « *Les Cahiers du théâtre d'action internationale* », *op. cit.*, p.10.

⁵⁰ *Ibid.*, p.13.

⁵¹ Turlupin est un personnage créé par le comédien Henri LEGRAND (1587 env.-1637) au début du XVII^e siècle. Au début 1615, Henri Legrand joue à l'hôtel de Bourgogne, avec ses partenaires farceurs Gaultier Garguille et Gros-Guillaume.

⁵² L'hôtel de Bourgogne fut aux XVII^e et XVIII^e siècles un lieu de représentations théâtrales à Paris, il était la résidence des ducs de la seconde maison capétienne de Bourgogne à Paris. De nos jours, la tour Jean-sans-Peur située dans la rue Étienne-Marcel, à Paris dans le 2^e arrondissement, reste le seul témoignage de cette architecture.

*zanni*⁵³ par exemple était surtout dans le style d'Arlequin et/ou de Brighella. Ce personnage de théâtre portait toujours sur lui un chapeau à larges bords, un mantelet, un pantalon rayé dans tous les sens et, à ses côtés, un sabre de bois, le masque collé sur son visage avait toujours des moustaches et des barbes hirsutes.

2) Après Molière (1622-1673)

L'arrivée de Molière sur les scènes du théâtre a apporté un grand changement sur la vision et l'idéologie de l'art théâtral envers la médecine. Il portait en lui ou dans ses écrits une philosophie critique de la profession médicale et même des professionnels médicaux. Il a repris à son compte de très vieux thèmes de la satire anti-médicale. Il s'inscrit comme d'autres écrivains et savants – Érasme, Rabelais, Montaigne, La Mothe le Vayer – dans un processus de prolongement d'une longue tradition à la fois populaire et savante, comme celui de la farce ou de la commedia dell'arte. Ces hommes ont dénoncé avant Molière l'imposture de cet art de plusieurs manières. Molière restait toujours attentif et fidèle à ses écrits, il n'est pas sûr qu'il ait suivi l'enseignement de Pierre Gassendi, mais il a recueilli ou il existe dans ses comédies de nombreuses traces de la philosophie de ce dernier, à l'exemple de Sganarelle ou de Béralde, personnage de la pièce *Le malade imaginaire*⁵⁴, qui défend la substitution de la contradiction à la recherche de la vérité. Il considère qu'il vaut mieux laisser la nature en toute chose, raison pour laquelle il était suspicieux à l'égard de la médecine. Molière continue ses idées critiques envers la médecine et « *il la sait livresque, tâtonnante et hostile aux méthodes nouvelles, à une époque où l'on découvre de nouveaux remèdes comme l'antimoine, et surtout la circulation du sang (Harvey, 1615) – contre laquelle Thomas Diafoirus soutient une thèse, dans Le Malade imaginaire.* »⁵⁵

Il maintient le ton de ses attaques de la médecine tout au long de sa profession puisqu'il ne voit que des bêtises dans la pratique médicale, tout rappelant que lui-même a été frappé d'une maladie. Il considérait que ces praticiens médicaux étaient incapables et ils négligeaient d'autant plus les patients au profit des querelles qui ne mènent qu'à leur intérêt. « *Le Médecin malgré lui montre un Sganarelle qui, grâce au "pompeux galimatias" appris au service d'un médecin, passe pour un habile homme auprès des crédules.* »⁵⁶

L'exemple à retenir de Molière est qu'il s'est bien servi du monde de la santé dans certaines de ses comédies satiriques. Prenons l'exemple du *Malade imaginaire*, l'une de ses dernières pièces, écrite en 1673. La pièce raconte l'histoire d'Argan, un bourgeois hypocondriaque⁵⁷. « *En outre, la parodie finale du rituel, au cours duquel Argan est fait docteur, révèle bien qu'aux yeux de notre dramaturge, la médecine relève moins de la science que des tours de passe-passe, et que tout son art consiste à jeter de la poudre aux yeux des hommes.* »⁵⁸

⁵³ Sont des *zannis*, les personnages de théâtre représentant des valets. Dans la commedia dell'arte, ils étaient nommés zannis les bouffons de la comédie antique ou les bouffons Sanniones qui ont retrouvé un emploi de valets. Ils présentent le style d'Arlequin, de Brighella ou de Mezzetin tout comme de Pedrolino ou de Scapin, etc. Ce sont dans leur ensemble des comiques avec des astuces de niaiserie, ou de stupidité. Dans leur improvisation apparaît leur grande souplesse d'esprit.

⁵⁴ MOLIÈRE, « *Le malade imaginaire* », édition de Bénédicte Louvat-Molozay, 8 septembre 2018.

⁵⁵ <http://www.toutmoliere.net/medecine-et-medecins.html>, 9 mars 2017.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Argan, très obsédé par sa santé, sollicitera à son chevet des médecins, ordonnera à son prochain gendre de se former avant de se mettre en route pour devenir un médecin. La pièce ironise sur la médecine qui est vraisemblablement une classe sociale de bourgeois.

⁵⁸ <http://www.toutmoliere.net/medecine-et-medecins.html>, 9 mars 2017.

Les médecins s'organisent à leur tour et essaient de riposter face à ces attaques du dramaturge avec *Élomire hypocondre ou Les Médecins vengés*⁵⁹, comédie satirique haineuse d'un auteur qui reste jusqu'à aujourd'hui inconnu, *Le Boulanger de Chalussay*⁶⁰ en 1669, dans laquelle il est question à tout à propos de *L'Amour médecin*⁶¹. Le contemporain Professeur Patrick Dandrey a démontré que Molière avait une intuition très surprenante pour son temps, dans *Le Malade imaginaire*⁶² et aussi, « celle de la spécificité de la vie psychique. »⁶³ Le médecin Marcel Réja⁶⁴ (1873-1957) de l'hôpital de Villejuif, connu sous le nom de Docteur Meunier, publie en 1907 l'ouvrage intitulé *L'Art chez les fous*⁶⁵, un ouvrage dans lequel il parle pour la première fois en tant que médecin, mais aussi en qualité d'artiste dans les centres de santé. Le psychiatre suisse Walter Morgenthaler publie en 1921 des œuvres⁶⁶ consacrées à l'étude de son patient Adolf Wölfl qui était un aliéné artiste, en orientant ses recherches sur la personnalité artistique de son patient, avant d'étudier la maladie dont il souffrait.

Aussi, d'autres pièces de théâtre classiques étaient-elles mises en scène avec des personnages qui ont des liens directs avec la santé ou la médecine, comme *Knock ou Triomphe de la médecine*⁶⁷, une pièce de théâtre écrite par Jules Romain en 1923. Il est important de parler d'*Antigone*⁶⁸, écrit par Jean Anouilh. Cette pièce est jouée sur la scène du théâtre de l'Atelier à Paris durant l'Occupation allemande, précisément le 4 février 1944. La représentation d'*Antigone*⁶⁹ a été produite dans une mise en scène, des décors et des costumes d'André Barsacq. Cette histoire, inspirée du mythe antique d'*Antigone*⁷⁰, la fille d'Œdipe, apporte une nouvelle vue de l'art dramatique, puisqu'elle est écrite en rupture avec les codes de la tragédie grecque.

Cette pièce représente, aux yeux de la loi, une histoire révoltante et qui défie encore la loi lorsqu'Antigone annonce à sa sœur Ismène son intention de s'affranchir des normes mises en place par le roi, Créon (*leur grand-oncle*), d'accomplir les rites funéraires de leur frère Polynice. Ce dernier est tué dans un combat entre frères (*Polynice/Etéoche*) au cours duquel chacun d'eux voulait éliminer l'autre pour devenir roi de Thèbes. Elle a donc imposé sa volonté contre la volonté générale prescrite par la loi en disant au roi qu'il est loin de pouvoir

⁵⁹ Cette comédie satirique haineuse, *Le Boulanger de Chalussay*, écrite en 1669 par un illustre inconnu, après « l'affaire du Tartuffe », n'a jamais été représentée, entre autres raisons, parce qu'elle met en scène trop de personnages et qu'elle est fort mal écrite. Molière, dont Élomire est l'anagramme, y est partout attaqué dans sa vie privée, ainsi que tous ses comédiens. Malgré l'outrance de la caricature, qui rend son utilisation délicate, cette œuvre n'est cependant pas sans intérêt, car son auteur est visiblement bien renseigné sur la biographie de Molière et sur la nature précise de sa maladie.

⁶⁰ MOLIÈRE, « *Le Boulanger de Chalussay. Elomire, Hypocondre, ou les Médecins vengez* », comédie. Paris, Charles de Sercy, 1670.

⁶¹ MOLIÈRE, « *L'Amour médecin* », texte écrite le 14 septembre 1665, représentée le 22 septembre 1665 au Château de Versailles.

⁶² MOLIÈRE., « *Le malade imaginaire* », *op. cit.*

⁶³ <http://www.toutmoliere.net/medecine-et-medecins.html>, 9 mars 2017.

⁶⁴ Marcel RÉJA, docteur Paul MEUNIER (1873-1957), est aliéniste à l'asile de Villejuif. L'influence de ses travaux, par leur diffusion dans les milieux lettrés et artistiques, est soulignée par les chercheurs et critiques travaillant notamment sur l'art brut (Voir Michel Thévoz : *Art brut, psychose et médiumnité*). Réja sera l'un des premiers à publier des dessins d'enfants et à étudier les sculptures d'Afrique et d'Océanie (avant la mode de « *L'Art Nègre* »), il s'intéresse au processus de création, aux « conditions intérieures susceptibles de mettre en œuvre l'activité artistique. » Il étudie la prose et la poésie des aliénés, mais s'intéresse déjà à ceux que Blavier appellera bien plus tard les « *Fous Littéraires* », en consacrant quelques pages de son livre à Jean-Pierre Brisset et particulièrement à *La Science de Dieu*. Un ouvrage de référence pour comprendre les origines de l'art brut, mais aussi de l'art moderne et contemporain.

⁶⁵ Marcel RÉJA, « *L'art chez les fous, Le dessin, la prose, la poésie* », L'Harmattan, 2000.

⁶⁶ Anne-Marie DUBOIS, « *Art et Folie : La culture franchit les murs des hôpitaux psychiatriques* », Interview de Catherine Halpern, éd. Texte et Document pour la Classe n°1016 – 15 mai 2011.

⁶⁷ Jules ROMAINS, « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », écrite en 1923, Édition Gallimard, 1924.

⁶⁸ Jean ANOUILH, « *Antigone* », éd. La Table Ronde, 1946, version 2008.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ *Ibid.*

la convaincre de revenir sur son projet. Elle déclare à son roi : « *Pourquoi ? Puisque vous le savez bien que je recommencerai.* »⁷¹ Dans une autre conversation avec lui, elle dit :

« *CRÉON, se rapproche :*

Je veux te sauver, Antigone.

ANTIGONE :

Vous êtes le roi, vous pouvez tout, mais cela, vous ne le pouvez pas.

CRÉON :

Tu crois ?

ANTIGONE :

Ni me sauver, ni me contraindre.

CRÉON :

Orgueilleuse ! Petite Œdipe !

ANTIGONE :

Vous pouvez seulement me faire mourir.

CRÉON :

Et si je te fais torturer ?

ANTIGONE :

*Pourquoi ? Pour que je pleure, que je demande grâce, pour que je jure tout ce qu'on voudra, et que je recommence après, quand je n'aurai plus mal ? »*⁷²

Sa sœur a en revanche fait appel à la justesse du geste et elle refuse de s'engager avec elle dans cet acte. Elle ne se rebelle pas, car la force publique ou de la cité est plus puissante qu'elle, mais elle déplore la mort de ses frères et elle a peur d'agir et de faciliter le projet de sa sœur pour couvrir de terre Polynice. Dans un dialogue mené entre Ismène et Antigone, elles disent :

« *ISMÈNE :*

Quelle aventure veux-tu donc courir ? Quel est ton projet ?

ANTIGONE :

Je veux, de mes mains, enlever le corps. M'y aideras-tu ?

ISMÈNE :

Quoi ! Tu songes à l'ensevelir ? Mais c'est violer l'édit !

ANTIGONE

Polynice est mon frère ; il est aussi le tien, quand tu l'oublierais. On ne me verra pas le renier, moi.

ISMÈNE :

Mais, folle ! Et la défense de Créon ?

ANTIGONE :

Créon n'a pas le droit sur mon bien.

ISMÈNE :

Hélas, réfléchis, ma sœur. Notre père est mort réprouvé, déshonoré ; lorsqu'il s'est lui-même découvert criminel, il s'est arraché les yeux, et sa femme qui était sa mère, s'est pendue. Et voici nos deux frères qui se sont entre-tués, ne partageant entre eux que la mort, les infortunés ! Demeurées seules, nous deux, à présent, ne prévois-tu pas l'affreuse fin qui

⁷¹ *Ibid.*, p. 65.

⁷² *Ibid.*, p. 74.

*guette si nous enfreignons la loi, si nous passons outre aux édits et à la puissance du maître ? N'oublie pas que nous sommes femmes et nous n'aurons jamais raison contre des hommes. Le roi est le roi : il nous faut bien obéir à son ordre, et peut-être à de plus cruels encore. Que nos morts sous la terre me le pardonnent, mais je n'ai pas le choix ; je m'inclinerai devant le pouvoir. C'est folie d'entreprendre plus qu'on ne peut. »*⁷³ Extrait de l'*Antigone* de Sophocle (441 av. J.-C). L'engagement d'Antigone peut avoir une place de force sur certaines dispositions du Code civil français particulièrement en son article 16-1-1 qui énonce que : « *Le respect du corps humain ne cesse pas avec la mort. Les restes des personnes décédées, y compris les cendres de celles dont le corps a donné lieu à crémation, doivent être traités avec respect, dignité et décence.* »⁷⁴

Jean Anouilh a encore une fois repris la scène en touchant la tragédie avec la pièce *Médée*⁷⁵, écrite et publiée dans les nouvelles pièces noires en 1946. Elle a été mise en scène par André Barsacq en France le 25 mars 1953 au théâtre de l'Atelier de Paris. Cela marque la dernière collaboration entre Jean Anouilh et André Barsacq. Ce dernier a repris dans ses écrits des éléments du mythe de *Médée*⁷⁶ en concentrant son texte sur quatre personnages dont : Médée, la Nourrice de Médée, Jason et Créon. Il termine donc son histoire avec la mort de Médée qui trépassé dans les flammes au su de Jason, évitant toute intervention pour le sauver. Ensuite, une autre pièce peut être citée : *Les Palmes de Monsieur Schutz*⁷⁷ écrite en 1989 par Jean-Noël Fenwick qui mettait en scène la vie de Pierre et Marie Curie.

Ainsi, l'histoire montre que le domaine de la santé et précisément les médecins ou les professionnels de la santé peuvent justement être choisis comme des personnages principaux du théâtre.

« *Les partisans de la lecture universaliste des tragédies ont eu tendance à opposer, de façon sans doute très caricaturale, divertissement et dimension politique et/ou didactique, émotion et réflexion, plaisir des yeux, plaisir de sens et exercice de l'intellect. L'émergence des performances Studies, étude dramaturgique appliquée au théâtre antique datant de la fin des années 1970, a contribué peut-être involontairement, à gauchir cette opposition artificielle.* »⁷⁸

La recherche sur le théâtre à l'hôpital montre qu'il apporte aux patients une aide psychologique, raison pour laquelle la notion de la médication culturelle dans les hôpitaux psychiatriques prend de l'ampleur et s'élargit de jour en jour. L'hôpital du Vinatier, situé à Bron près de Lyon, précurseur de la mise en place de la convention « *Culture à l'hôpital* »⁷⁹, est éclairé par sa relation avec la culture. Il est connu couramment un foyer de la psychothérapie intellectuelle dans les années soixante. Par ses expériences dans l'art, il est actuellement l'hôpital de référence pour le « *Programme Culture à l'Hôpital* »⁸⁰ avec la mise en place de la Fondation pour l'Étude et la Recherche sur les Mémoires et l'Expression (*FERME*) en 1997.

⁷³ Sophocle, « *Théâtre complet* », traduction, préface et notes par Robert Pignarre, éd, GF Flammarion, Paris, 1964, p. 70.

⁷⁴ Code civil français, 117^e édition, éd, Dalloz, 2018.

⁷⁵ Jean ANOUILH, « *Médée (publiée dans les Nouvelles pièces noires)* », éd., Table ronde, France, 1946.

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ Seulement, le concept est déformé parce que, dans l'histoire, M. Schutz, directeur de l'École de Physique et Chimie de Paris, ne porte qu'un seul désir : « *Obtenir les palmes académiques.* »

⁷⁸ Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAT et Alain VIALA, *op. cit.*, p. 180 et s.

⁷⁹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

⁸⁰ *Ibid.*

B] LE THÉÂTRE AMI DE LA MÉDECINE

En restant sur l'hôpital du Vinatier⁸¹, l'histoire de l'art et de la culture formulée dans des actions culturelles menées dans cet établissement sont conséquentes au regard de la valeur octroyée dans cette recherche. Il suffit de retenir comme élément essentiel l'émergence de la psychothérapie intellectuelle ; il est possible de ressortir de ces projets culturels l'application de l'art-thérapie avant même la fin de la Seconde Guerre mondiale. Il a permis de concevoir d'une autre manière la relation institutionnelle entre soignant et soigné.

Au fil du temps, après la Seconde Guerre mondiale, le patient prend plus de valeur et de considération en tant que personne dans cet hôpital. Différentes activités d'art-thérapie sont mises en place au profit du patient, telles que des groupes de théâtres, de lectures, de peintures et d'organisations de productions artistiques.

La place du théâtre ou de sa renaissance dans les systèmes hospitaliers a été renforcée par les actions de la protection des droits de l'Homme, une question qui intéresse jusqu'aujourd'hui le monde entier sous l'angle des débats et des confrontations des cultures qui affectent l'univers. Néanmoins, suite à la mondialisation, aux mutations qu'a connues le monde et à la problématique identitaire qui en découle et son impact sur la culture, ces mouvements sociétaux ont permis une introduction importante des artistes à l'hôpital, au profit des patients et des différents usagers de l'hôpital. Le théâtre représenté par la culture d'une manière générale devient un droit indissociable, inviolable et intangible des patients et/ou de l'homme en général, puisque la culture est un droit fondamental de l'homme reconnu par les instances internationales de la protection des droits de l'Homme.

Le théâtre et la médecine, tout comme la loi, concourent ensemble pour défendre les droits du patient, la préservation de son intégrité physique jusqu'à sa dignité humaine. Ils essaient également par la même idéologie de lier les patients à leurs cultures par la raison de leurs interdépendances et de leur complémentarité. Dans les milieux hospitaliers, la notion de droit culturel reste un centre de préoccupation internationale. C'est pour cette raison que le théâtre se pratique et continue de se pratiquer tous les jours dans les centres hospitaliers.

1) La pénétration de l'art dans la médecine

L'art a su pénétrer dans la science médicale par plusieurs voies comme l'histoire l'a bien souligné. Il s'est introduit par le passage des artistes, par l'appel à des bibliothécaires, par des écrivains, des philosophes et des poètes, par la médecine traditionnelle, par le besoin social, mais aussi par la voie des conventions et des traités.

Ici, ce qui interpelle le plus, c'est cette dernière partie qui constitue une force des textes contraignants ou plutôt juridiques. Prenons l'exemple de l'Organisation des Nations Unies qui a toujours pris d'une part, la culture comme un élément fondamental de l'humanité et, d'autre part, comme une valeur basique à la mise en place de la paix. Ces droits culturels ont été poussés sur la scène internationale par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948. Deux dispositions doivent être plus précisément prises en compte dans cette Déclaration, il s'agit de l'article 22 qui dispose que : « *Toute personne, en tant que*

⁸¹ Centre Hospitalier Le Vinatier, 95 Boulevard Pinel, 69678 Bron – France.

*membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays. »*⁸². L'article suivant accorde à toute personne l'accès à la vie culturelle, à la jouissance des arts ainsi qu'à la participation au développement scientifique. Cet article développe deux axes :

« (1). *Toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent.*

(2). *Chacun a droit à la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur. »*⁸³

Le médecin-chef de l'hôpital du Vinatier, Paul Balvet, a mis en place une nouvelle stratégie thérapeutique dans les années cinquante et le pavillon 5F est devenu le lieu le plus fréquenté au sein de l'établissement, puisqu'il présentait une véritable rénovation de l'institution psychiatrique⁸⁴ grâce à l'art-thérapie dit, singulièrement, occupationnel ou réactionnel. Cela prouve que le recours à l'art et à la culture au sein des établissements psychiatriques est tout simplement attaché historiquement à des inquiétudes ou à des questions d'ordre thérapeutique et occupationnel du patient. Ce qui a permis à Paul Balvet de développer de nombreuses activités culturelles régulièrement attachées à des processus thérapeutiques. À la fin de la Seconde Guerre mondiale, les séances ou les ateliers de dessin dispensés à certains malades avec des projections cinématographiques s'inscrivaient dans un projet thérapeutique⁸⁵ purement occupationnel.

Le Pacte international relatif aux Droits économiques, sociaux et culturels renforce ces droits liés à l'être humain dans son article 15 qui impose aux États signataires de reconnaître à tout individu le droit :

« a) *De participer à la vie culturelle ;*

b) *de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications ;*

c) *de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur... »*⁸⁶ Cet article comporte encore d'autres points qui imposent aux États signataires de veiller à la survie de ce texte, mais aussi aux droits de chacun à la participation à la culture.

Un approfondissement des recherches montre que l'art trouve de plus en plus sa place dans la médecine avec des appuis juridiques sur la scène planétaire. « *Le Pacte international*

⁸² Louise ARBOUR, « *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme* », in Revue québécoise de droit international, 1998, vol. 11, p. 3.

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ L'hôpital était sous les normes de la loi du 30 juin 1838, dite « *Loi des aliénés* », Recueil Duvergier page 490, *légifrance*.

⁸⁵ Le projet mis en place par Paul Balvet comporte deux axes importants, un objectif d'amélioration de l'institution d'une part et d'autre part, il ouvre largement les portes à tout le monde, particulièrement aux patients, à l'exemple d'une exposition à l'automne 1956 dans une galerie lyonnaise d'une sélection d'œuvres réalisées par des patients de l'hôpital de Vinatier. Un intérêt majeur de ce projet est que certains groupes de patients puissent sortir de l'hôpital pour participer à des activités culturelles et artistiques. C'est ainsi qu'au mois de mars 1951, deux groupes de patients ont participé à une sortie à caractère culturel pour visiter l'exposition Van Gogh présentée au Palais de Saint-Pierre. Une vision symbolique avancée par Paul Balvet est la création d'un journal interne qui permet aux patients de s'exprimer pour dire et faire savoir leurs souffrances, leurs douleurs et même leurs peines afin de trouver un moyen de les dépasser. Le promoteur de ce projet essaie, à travers sa profession, d'inciter les patients des hôpitaux psychiatriques à prendre part au processus de développement de leur statut ainsi qu'à leurs conditions de vie dans une société où la folie était ou est jusqu'à présent stigmatisée. Ce projet a renforcé la notoriété de cet hôpital et lui a permis de devenir un centre de référence pour la « *Culture à l'Hôpital* », et il incarne la politique de la Fondation pour l'Étude et la Recherche sur les mémoires et l'Expression (FERME). Ce projet culturel n'est plus seulement un projet thérapeutique comme à l'époque de Paul Balvet, mais il devient de nos jours un véritable projet artistique à part entière.

⁸⁶ « *Pacte International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels* », adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1966, enregistré d'office le 3 janvier 1976.

des droits civils et politiques »⁸⁷, en son article 27, reconduit les articles précédents en obligeant les États membres à prendre en compte les droits des personnes qui sont minoritaires sur un territoire déterminé. Elles ont droit à leur culture, leur religion, leur langue, etc. Cet article dispose fermement que : « *Dans les États où il existe des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques, les personnes appartenant à ces minorités ne peuvent être privées du droit d'avoir, en commun avec les autres membres de leur groupe, leur propre vie culturelle, de professer et de pratiquer leur propre religion, ou d'employer leur propre langue.* »⁸⁸

La question de l'art dans les établissements de santé publics et privés a connu une ampleur européenne et a suscité une première rencontre européenne de la « *Culture à l'Hôpital* » à Strasbourg en février 2001. Le secrétaire d'État à la Santé et aux Personnes handicapées, Dominique Gillot, a prononcé une allocution lors de cette rencontre dont voici un extrait : « *Accompagner le malade hospitalisé, l'aider à retrouver l'environnement de la vie quotidienne, les comportements sociaux, culturels qui donnent à l'existence une dimension essentielle est une des vocations nouvelles de l'hôpital. La culture, loin d'être un supplément d'âme facultatif, donne à la vie toute sa qualité. En ce sens, le combat pour la vie mené dans les hôpitaux rencontre naturellement l'intention, le geste culturel, le partage des émotions, à travers la diversité des arts.* »⁸⁹ Au-delà de cette rencontre, l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a été à plusieurs reprises l'initiatrice d'instruments juridiques⁹⁰ relatifs aux droits culturels. La Déclaration de Fribourg sur les droits culturels, adoptée le 7 mai 2007, représente le travail considérable de vingt ans fait par un groupe international d'experts, communément connu sous le nom de « *Groupe de Fribourg* » mis en place lors d'un colloque en 1991 portant sur les droits culturels. La question des droits culturels figure bien dans la protection du droit de l'Homme, mais la réponse à cette interrogation reste un peu floue puisque la plupart du temps, les juges qui ont le devoir de contrôler l'effectivité⁹¹ de l'application du droit culturel font appel aux droits civils pour répondre et protéger ces droits, au lieu de faire appel aux droits culturels eux-mêmes, visés dans les instruments juridiques.

L'élément à retenir ici est que l'effectivité des droits culturels reste opposable aux États signataires dans tous les actes de la jurisprudence, mais aussi de la doctrine universitaire. Il faut aussi sortir de l'ombre de l'Europe qui est connue comme étant le promoteur en matière de droit procédural des droits de l'Homme, et qui n'a jusqu'à présent fait aucun effort pour introduire ces droits culturels dans ses différentes instances juridiques contraignantes pour bien renforcer leur judiciarisation et leur opposabilité dans le système du

⁸⁷ « *Pacte International des droits civils et politiques* » conclu à New York le 16 décembre 1966, approuvé par l'Assemblée fédérale le 13 décembre 1991, instrument d'adhésion déposé par la Suisse le 18 juin 1992, entré en vigueur pour la Suisse le 18 septembre 1992.

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ Dominique GILLOT, secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés, extrait de « *l'allocution lors des Premières Rencontres Européennes de la Culture à l'Hôpital* » à Strasbourg, en février 2001.

⁹⁰ L'UNESCO reste jusqu'à aujourd'hui l'initiateur de plusieurs instruments concernant les droits culturels. Tels que la Déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle (2001), la Déclaration de l'UNESCO concernant la destruction intentionnelle du patrimoine culturel (2003), la Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel (2003), la Convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles (2005), etc. Il est clair que les droits culturels donnent accès à certains domaines bien cadrés tels que celui de l'identité et du patrimoine ou de la participation à la vie culturelle comme aux politiques culturelles ou à l'éducation ou à la formation et à l'information.

⁹¹ Les questions de l'effectivité de l'application du droit culturel et la place des droits culturels dans la protection des droits de l'homme sont développés dans les articles suivants : Pierre LASCOURMES et Évelyne SERVERIN, « *Théories et pratiques de l'effectivité du droit* », in *Droit et société*, 1986, vol. 2, no 1, pp. 101-124. Et celui de Kinvi D.A. LOGOSSAH, « *Capital humain et croissance économique : une revue de la littérature* », in *Économie & prévision*, 1994, vol. 116, n° 5, pp. 17-34.

droit de recours. Certains pays sous-développés évoquent la pauvreté et les moyens financiers, comme prétextes pour ne pas mettre en place les droits culturels. Ce genre d'arguments est condamnable puisque les États membres sont dans l'obligation de transposer les textes et de prendre des mesures appropriées permettant l'effectivité de ces droits culturels. C'est pour cette raison qu'une Convention a été signée le 4 mai 1999 entre le ministère de la Culture et de la Communication et le secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale qui permet de placer un jalon d'une grande politique charpentée et énergique dans la politique nationale de santé. Le « *Programme Culture à l'Hôpital* »⁹² est un mécanisme qui lie ces deux domaines pour qu'ils travaillent ensemble dans les hôpitaux et en dehors de ces établissements dans l'intérêt des malades et des professionnels de santé.

2) L'alliance de ces deux arts

Le rapprochement de ces deux arts se noue au fil du temps et le théâtre, la lecture, la peinture et d'autres structures d'arts franchissent les murs des établissements de soins psychiatriques depuis le XIX^e siècle. Il y avait, au sein de cette alliance des ateliers artistiques, des malades mentaux dont les œuvres sont considérées non seulement comme artistiques mais aussi comme des expressions pathologiques étrangères.

Sur le continent européen, l'intérêt suscité par les productions artistiques des malades mentaux date du XIX^e siècle. Le médecin criminologue italien Cesare Lombroso⁹³ (1835-1909) est le premier à hausser la voix et il met en place un Cabinet de curiosités qui rassemble des objets et des œuvres destinées à servir de preuves à sa théorie d'une prédisposition naturelle à commettre des crimes. Ces objets sont piochés dans différents hôpitaux psychiatriques, dans des collections scientifiques et même dans certaines prisons et auprès d'anthropologues et de personnes privées. C'était une époque où la psychiatrie était surtout punitive. L'idée de mettre en question ce genre d'œuvres se développe et plusieurs psychiatres s'y intéressent comme en Angleterre en 1900 au Bethlem Royal Hospital⁹⁴. Des expositions sont toujours ouvertes au grand public pour susciter des commentaires de la presse et par la suite donner place à l'étonnement et à l'admiration.

Cette alliance de l'art et de la médecine s'est diffusée en France notamment l'hôpital de Villejuif avec une collection de photographies et des publications, mais aussi avec des ateliers d'arts et des représentations de pièces de théâtre. Les années vingt marquent encore une fois en Europe l'intensification de l'alliance de l'art et de la médecine. Le psychiatre allemand Hans Prinzhorn (1886-1933) à l'hôpital universitaire d'Heidelberg, réunit à son tour certaines collections importantes et se lance dans une publication : *Expressions de la folie*⁹⁵.

⁹² Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

⁹³ Cesare Lombroso était Professeur de médecine légale, il est né dans une famille juive le 6 novembre 1835 à Vérone et mort le 19 octobre 1909 à Turin. Il est l'un des fondateurs de l'école italienne de criminologie. Très célèbre pour ses idées, il avance la thèse sur le « *Criminel né* » : il essaie de démontrer à partir de ses études de phrénologie et de physiognomonie que, pour repérer les criminels, il faut tenir compte de leur apparence physique. La théorie de la dégénérescence, le racialisme et aussi le transformisme marquent en masse la philosophie de ses théories. Il avançait l'idée que les femmes étaient moins portées à la criminalité par le fait de leur moindre intelligence, mais aussi de leur nature moins active dans leur vie. Il mettait des valeurs aux races humaines en prétendant que l'humanité avait évolué des « *Noirs* » vers les « *Jaunes* » puis les « *Blancs* ». Pour lui, en Italie, les races du Nord étaient supérieures à celles du Sud.

⁹⁴ Le Bethlem Royal Hospital ou Bedlam est un hôpital psychiatrique connu comme le premier établissement à offrir des soins psychiatriques, il est situé à Beckenham dans le faubourg londonien de Bromley. De nos jours, il offre des services pour le traitement de santé mentale, mais, il y a longtemps, il fut le théâtre de plusieurs pratiques cruelles et inhumaines. « *Bedlam* » est un mot anglais qui signifie chahut ou confusion, ce mot trouve son origine dans cet établissement. En 2011, une collection d'œuvres de malades mentaux est archivée au Bethlem Royal Hospital museum.

⁹⁵ Hans PRINZHORN, « *Expressions de la folie : Dessins, peintures, sculptures d'asile* », aux éditions Gallimard, 5 novembre 1984.

Celle-ci aura une grande influence sur André Breton (1896-1966) et les surréalistes qui vont être amenés, dans des expositions, à associer à leurs œuvres celles d'artistes malades. L'art-thérapie prend la forme, à l'hôpital Villejuif, de représentations de théâtre avec des malades d'Alzheimer et d'autres. C'est une alliance très fine et beaucoup plus éducative, elle est importante pour tous comme l'a souligné Xavier Collal, chargé de mission « *Culture à l'Hôpital* »⁹⁶ au ministère de la Culture et de la Communication : « *La relation entre art et santé s'éprouve à la fois dans une dimension spirituelle, philosophique, sociologique et politique. C'est aussi un marquage, une empreinte, un franchissement, un engagement symbolique.* »⁹⁷ Les ministères concernés par ces disciplines tissent ensemble des relations pour mieux superviser ce « *Programme Culture à l'Hôpital* ».

II] DÉFINITIONS ET PROBLÉMATIQUE

L'évolution de cette recherche impose une grande réflexion pour définir certains concepts et notions importants indispensables à l'art-thérapie. Ces éléments sont définis par plusieurs experts et par différentes sciences, mais seulement quelques-unes seront retenues pour bien cadrer la recherche.

- Hôpital

Jadis, les hôpitaux ou les hospices ont connu non seulement un changement dans leur système, mais aussi une évolution de leur mission, de leur objectif ; leur personnel et leur statut ont profondément évolué au fil du temps. L'hôpital acquiert clairement le statut qui est le sien aujourd'hui à partir du XX^e siècle. Sa définition évolue en fonction du temps et du besoin. Il est passé d'un établissement d'assistance charitable à un outil indispensable d'une politique de santé publique au profit de la population dans son ensemble. L'évolution de la médecine, le progrès des moyens de communication, celui des différentes institutions de la sécurité sociale et les progrès des techniques de soins médicaux ouvrent la voie à la création d'un réseau d'établissements hiérarchisés participant à la politique générale de la santé.

Actuellement, il se définit par la qualification de son personnel et la qualité de ses équipements strictement spécialisés qui deviennent sans conteste les buts fondamentaux du développement du système sanitaire. Parmi les diverses définitions de l'hôpital, celle donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est équilibrée en deux branches qui manifestent des intérêts spécifiques : d'une part, il est un « *établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers* »⁹⁸ et, d'autre part, « *l'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche biosociale.* »⁹⁹

⁹⁶ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

⁹⁷ Xavier COLLAL, chargé de mission « *Culture à l'Hôpital* » au ministère de la Culture et de la Communication, (Délégation au développement et aux affaires internationales), acte séminaire au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, des 30 et 31 mars 2004, p. 19.

⁹⁸ Robert-Frédéric BRIDGMAN, « *Hôpital* », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 13 mars 2017.

URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital/>

⁹⁹ *Ibid.*

Auparavant, l'hôpital avait une définition plus large. Il était identifié comme une maison hospitalière dotée de certains objectifs où l'on recevait les pèlerins, où l'on donnait des soins gratuits aux malades, aux blessés, ou à toute personne dont l'état de santé réclamait une surveillance et/ou une intervention de soins. Il avait aussi la charge de prendre soin des infirmes, des pauvres, des orphelins et aussi des vieillards indigents. Cette réflexion s'élargit dans la définition donnée par le Professeur Catherine Puigelier : l'hôpital est un « *établissement ayant vocation à recevoir des personnes afin de bénéficier de soins. Il peut s'agir d'un établissement public ou d'un établissement privé. L'hôpital a donné lieu à un droit spécialisé : le droit hospitalier.* »¹⁰⁰ Avec l'insertion de la culture dans les établissements de santé, l'hôpital devient un lieu où l'on bénéficie de soins de santé et d'activités artistiques et culturelles.

- Le patient

Le patient désigne une personne qui est examinée de façon médicale, autrement dit qui se voit administrer un traitement médical ou paramédical. Étymologiquement, le mot patient désigne une personne « *qui supporte patiemment les défauts d'autrui* »¹⁰¹, ou en faisant appel à son origine le mot patient provient du verbe latin « *patior, pati* », qui signifie : « *Celui qui souffre.* » Dans ce sens, le patient reprend la définition précitée d'une personne soignée. Le terme de patient se trouve dans un arsenal des définitions, il change selon le professionnel qui l'examine. Il peut être décliné de plusieurs manières : il devient « *sujet* » dans la recherche médicale ou « *client* » chez les Anglo-saxons. Dans la pratique de l'automédication, une nouvelle terminologie l'incarne avec plus d'ampleur puisqu'elle fusionne « *Action* » et « *Patient* » et devient simplement : « *Actient* ». Dans les ateliers de théâtre à l'hôpital, le malade est considéré beaucoup plus comme un artiste ou un comédien que comme un patient.

- La santé

La notion de santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé d'une manière très générale telle que : « *La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »¹⁰² Cette définition historique date de 1946 et depuis elle n'a pas fait l'objet de modification.

- Droit à la santé

« *Le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable.* »¹⁰³

- La culture

Selon l'article 2 de la Déclaration de Fribourg, la culture est définie selon trois axes complémentaires :

« *a. le terme "culture" recouvre les valeurs, les croyances, les convictions, les langues, les savoirs et les arts, les traditions, institutions et modes de vie par lesquels une personne ou un groupe exprime son humanité et les significations qu'il donne à son existence et à son développement ;*

¹⁰⁰ Catherine PUIGELIER, « *Dictionnaire juridique* », collection paradigme, pp. 473-474.

¹⁰¹ CNRTL : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/patient>

¹⁰² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948, (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100), p. 1.

¹⁰³ OMS, santé et droit de l'homme, site consulté le 13 mars 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>

b. l'expression "identité culturelle" est comprise comme l'ensemble des références culturelles par lequel une personne, seule ou en commun, se définit, se constitue, communique et entend être reconnue dans sa dignité ;

c. par "communauté culturelle", on entend un groupe de personnes qui partagent des références constitutives d'une identité culturelle commune, qu'elles entendent préserver et développer. »¹⁰⁴

Selon Antonin Artaud, la culture est liée à l'homme comme une partie de son physique et elle est indispensable à son être. Il affirme qu'« il faut insister sur cette idée de la culture en action et qui devient en nous comme un nouvel organe, une sorte de souffle second. »¹⁰⁵ Il affirme encore largement cette idée de la non-séparation de l'homme et sa culture dans une protestation concrète : « Protestation contre l'idée séparée que l'on se fait de la culture, comme s'il y avait la culture d'un côté, et, la vie de l'autre ; et comme si la vraie culture n'était pas un moyen raffiné de comprendre et d'exercer la vie. »¹⁰⁶ Il élargit son argumentation et garde l'idée que prendre la culture en observation ne se focalise pas sur la vie de la culture elle-même, mais plutôt de ce qu'elle produise de force sociale : « Le plus urgent ne me paraît pas tant de défendre une culture dont l'existence n'a jamais sauvé un homme du souci de mieux vivre et d'avoir faim, que d'extraire de ce que l'on appelle la culture, des idées dont la force vivante est identique à celle de la faim. »¹⁰⁷

- Droit à la culture

Revenons à la même Déclaration de Fribourg qui, dans son article premier, précise certains principes fondamentaux du droit à la culture qui mettent tous les êtres humains sur un même pied d'égalité : « Les droits énoncés dans la présente Déclaration sont essentiels à la dignité humaine ; à ce titre ils font partie intégrante des droits de l'Homme et doivent être interprétés selon les principes d'universalité, d'indivisibilité et d'interdépendance.

En conséquence :

a. ces droits sont garantis sans discrimination fondée notamment sur la couleur, le sexe, l'âge, la langue, la religion, la conviction, l'ascendance, l'origine nationale ou ethnique, l'origine ou la condition sociale, la naissance ou toute autre situation à partir de laquelle la personne compose son identité culturelle ;

b. nul ne doit souffrir ou être discriminé en aucune façon du fait qu'il exerce, ou n'exerce pas, les droits énoncés dans la présente Déclaration ;

c. nul ne peut invoquer ces droits pour porter atteinte à un autre droit reconnu dans la Déclaration universelle ou dans les autres instruments relatifs aux droits de l'homme ;

d. l'exercice de ces droits ne peut subir d'autres limitations que celles prévues dans les instruments internationaux relatifs aux droits de l'Homme ; aucune disposition de la présente Déclaration ne peut porter atteinte aux droits plus favorables accordés en vertu de la législation et de la pratique d'un État ou du droit international ;

e. la mise en œuvre effective d'un droit de l'Homme implique la prise en compte de son adéquation culturelle, dans le cadre des principes fondamentaux ci-dessus énumérés. »¹⁰⁸

¹⁰⁴ « Les droits culturels, Déclaration de Fribourg », adoptée à Fribourg, le 7 mai 2007, p. 5.

¹⁰⁵ Antonin ARTAUD, « Le Théâtre et son double (1938) », extraits de la préface, éditions Gallimard, 1964, p. 10 et s.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 13.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 9.

¹⁰⁸ « Les droits culturels, Déclaration de Fribourg », *op. cit.*, p.4.

AJ DÉFINITION DES CONCEPTS DU THÉÂTRE ET DE THÉÂTRE THÉRAPEUTIQUE

- Le théâtre

La notion du théâtre peut être définie comme un art de la représentation d'un drame, genre dramatique ou bien même d'un genre littéraire ou de la comédie. C'est dans l'édifice que se déroulent le théâtre, les manifestations théâtrales qui sont bien sûr les spectacles.

Autrefois, la définition du mot théâtre désignait pareillement la partie cachée du public par le rideau qui est le plateau ou la scène. Ainsi, dans un sens figuré, le concept du « *théâtre* » désigne un endroit où se déroule un événement important.

En principe, ce concept a bien évolué avec des arts dits pluridisciplinaires dans le monde d'aujourd'hui. Les grands personnages du monde du théâtre comme les metteurs en scène n'hésitent pas à dire que pour qu'il y ait vraiment du théâtre, il suffit d'avoir un champ, un temps, un acte et un public. Ainsi, une définition simple peut être retenue, à savoir que le théâtre est un procédé pour exprimer autrement la vie sociale.

- L'art

L'art a connu plusieurs approches lui offrant des définitions particulières, mais celle du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales est la plus utilisée par des grands artistes : « *Ensemble de moyens, de procédés conscients par lesquels l'homme tend à une certaine fin, cherche à atteindre un certain résultat.* »¹⁰⁹

L'ouverture que donne cette définition montre que l'art est une activité strictement humaine qui aboutit à des produits qui s'adressent aux émotions, aux sens, aux intuitions tout comme à l'intellect ou à la vue qui résume la fin de l'activité d'art. Il n'y a pas une pratique bien définie ou identique pour identifier l'art. L'exercice d'art en soi a un seul objectif : c'est d'atteindre le beau. Par opposition à la nature, l'art reste un savoir-faire conçu par l'homme dans sa puissance et dans sa réflexion scientifique et indépendante.

- L'art-thérapie

La Fédération Française d'Art-Thérapie donne une définition de cette notion d'une manière très scientifique en l'approchant de la médecine : « *L'art-thérapie est une pratique de soin fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique.* »¹¹⁰ Elle précise qu'il est très difficile de donner une définition à l'art-thérapie puisqu'il est très complexe. Il se met au service de la médecine ou du processus de soins pour des raisons de communication et/ou pour stimuler en masse des facultés d'expressions, mais aussi de dynamiser les mouvements créatifs des patients. Le théâtre de type d'art-thérapie intervient dans la vie du malade en qualité de soins psychiques ou de difficultés psychologiques ou comme tout patient en situation de fragilité telle que : la maladie, le vieillissement, le handicap, l'exclusion sociale, la dépendance, le traumatisme ou l'accompagnement, etc.

Une autre définition a été donnée par l'Association Française de Recherche et d'Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine, école d'art-thérapie de Tours. Elle définit en large la notion de l'art-thérapie comme « *L'exploitation du potentiel*

¹⁰⁹ <http://www.cnrtl.fr/definition/art>

¹¹⁰ <https://www.ffat-federation.org/art-therapie>

artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire. »¹¹¹ Cette démarche thérapeutique demande la présence des concepts originaux, des moyens et des méthodes distinctes de la nature pour que cette pratique ait une valeur scientifique et paramédicale.

Les ateliers d'art-thérapie se présentent comme un théâtre, mais il faut garder à l'esprit que le théâtre n'est pas un jeu comme tous les autres. C'est un moyen de faire apparaître et comprendre « *Qui suis-je ?* », « *Ce que je peux faire* », et ensuite « *Ce que je peux être* ». Cela représente chez les patients et généralement chez les enfants un moyen de développement de l'hyperactivité individuelle ou en groupe et les aide à la gestion des troubles de comportements par le détour d'une approche ludique et artistique.

- Les médiations thérapeutiques

C'est ici qu'un espace de communication entre soignant et soigné est créé ayant pour but de médiations thérapeutiques. Attention, il faut garder à l'esprit que la médiation thérapeutique indique l'usage des créations et/ou des expressions exclusivement artistiques dans un but autre qu'esthétique. Le théâtre fait partie des disciplines utilisées dans la thématique de santé en qualité d'art-thérapie à fins thérapeutiques. La médiation thérapeutique ou la thérapie médiatisée appliquée à l'hôpital dans une visée thérapeutique est par définition appelée art-thérapie.

1) Les ressources humaines

Dans le monde professionnel, chaque entreprise ou association expérimente sa propre culture et son environnement, ce qui signifie un langage bien approprié et une préoccupation différente. Cela présume une ressource humaine spécifique d'un métier à l'autre. Le théâtre qui exploite ou qui emprunte un chemin non identique dont l'humour, le drame, etc., amène son public à une meilleure compréhension et à une mémorisation d'un message véhiculé pour des raisons spécifiques. Il est concevable qu'une personne se trouve devant un comédien et qu'elle puisse s'identifier à un message ou à une situation, mais aussi au discours. Le théâtre entrepris ici n'est pas celui des grands théâtres. L'art connu par ses effets dramatiques apaise ses forces et cache ses griffes au bénéfice du patient. Il tente de faire ressortir ses côtés pacifiques pour assurer la santé du malade. Contrairement à ce que disent certaines personnes, le théâtre thérapeutique dans les centres hospitaliers ne se limite pas seulement aux acteurs et aux metteurs en scène. Au contraire, les ateliers théâtre demandent différentes compétences. De la sorte, il est logique de faire appel à beaucoup de personnels pour faire tourner le projet. Il y a aussi le travail des coulisses où tout le monde s'active sans cesse, même si d'autres ne sont pas reconnus, une des raisons pour lesquelles le personnel de l'art-thérapie est beaucoup plus sélectif. Sa liste comprend soit dans ses ateliers ou ses représentations les professionnels suivants :

- Les soignants
 - À l'aide d'une thérapie

La personne qui soigne ses patients à l'aide d'une thérapie est thérapeute, elle joue un rôle d'accompagnateur ou de médiateur. Sur une base de thérapie, il existe plusieurs types de thérapeutes comme le kinésithérapeute, l'équithérapeute, le psychothérapeute,

¹¹¹ Julie COLLIN GUILLAUME, « *Une expérience d'Art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes atteintes d'hémopathie malignes* », mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie de la Faculté de Médecine de Tours, 2012, p. 22.

l'ergothérapeute ou encore le thérapeute familial ou de couple. Tous ces professionnels ont en commun l'usage de l'art-thérapie envers leurs patients.

- L'art-thérapeute¹¹²

Il faut retenir que l'art-thérapeute est un professionnel paramédical exerçant son rôle sous le patronage ou l'autorité médicale. Il peut être désigné comme un éducateur. Il a l'obligation de suivre les normes médicales prévues dans le secteur sanitaire et médicosocial ou d'exercer sous l'autorité d'un directeur d'un établissement de santé ou médico-social. Les symptômes majeurs recherchés en art-thérapie sont les troubles de relation, d'expression, de communication et de socialisation. Il dispose dans sa profession des outils spécifiques qui lui permettent d'établir un diagnostic d'observations et d'évaluations.

- La médecine expérimentale
 - Le médecin¹¹³

Il a non seulement sa place de médecin traitant du patient, mais aussi de collaborateur dans le théâtre ou dans les ateliers thérapeutiques. Il prescrit à son patient une autorisation de participer aux ateliers théâtre. Il prévoit la santé mentale ou physique de son patient, le traitement (la thérapie) et aussi la prévention des pathologies. Il coordonne la démarche à suivre et supervise la santé de son patient. Sa présence dans l'art-thérapie reste indispensable.

- L'infirmier¹¹⁴

L'infirmier est un professionnel paramédical dont le rôle est propre, défini sur prescriptions médicales. Ainsi, il exerce sa profession en termes de collaboration. Son rôle est bien clair dans le Code de déontologie relatif à la profession d'infirmier et ses actes, ses exercices et ses devoirs sont regroupés dans son ensemble sous la force d'un même « *Décret de compétences* »¹¹⁵. En revanche, il y a toujours des confusions dans certains services de soins du patient qui confient à certains infirmiers de gérer des ateliers d'art-thérapie. Tout en sachant que le Décret de compétences ne mentionne point l'art-thérapie comme acte ou exercice infirmier, mais plutôt comme une activité à but socio-thérapeutique ou également des techniques cadrées dans la médiation et à visée thérapeutique ou psychothérapeutique.

- Les métiers de la scène¹¹⁶
 - Le metteur en scène

Il est le dirigeant et c'est sur lui que repose la charge de mettre la pièce en scène. Toutes les décisions artistiques lui reviennent. Il doit chercher un accord avec l'auteur ainsi que le producteur pour définir quelques techniques et le jeu de tous les acteurs. Il est le responsable de l'harmonie et de l'enthousiasme de la représentation du spectacle.

- Les acteurs

Ils sont chargés dans toute circonstance de jouer la pièce, de faire un jeu de rôle selon leur personnage. Ils peuvent être des thérapeutes, des patients, des médecins, des proches du patient, des acteurs professionnels et/ou des volontaires.

¹¹² Arrêté du 7 décembre 2016 portant approbation de certaines dispositions des statuts de la Société Coopérative Solidarité Versailles Grand Âge, JORF n° 0288 du 11 décembre 2016, texte n° 29.

¹¹³ Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du Code de déontologie médicale, JORF n°0108 du 8 mai 2012 page 8479, texte n° 97.

¹¹⁴ Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

¹¹⁵ Le Décret de compétence du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier a été abrogé et remplacé par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004. *Journal officiel* n°183 du 8 août 2004 p. 37087 : texte n° 37086.

¹¹⁶ Arrêté du 15 juin 2012 fixant le programme d'enseignement de théâtre pour les classes à horaires aménagés théâtre, JORF n° 0153 du 3 juillet 2012 page 10889, texte n° 6.

- Les figurants

Il y a aussi des figurants sur scène qui sont comme les acteurs, ils occupent la scène et jouent un rôle dans la pièce, mais ne parlent pas tout au long de l'histoire.

- Le doyen

Il doit être l'acteur le plus ancien du groupe, mais cela ne signifie pas qu'il doit être forcément le plus âgé. Il est intégré dans le comité d'administration, et en cas d'absence de l'administrateur principal, il doit le remplacer. Il peut également être retenu comme chef du groupe.

- Le souffleur

Jadis, il était placé dans un endroit sur scène comme derrière le rideau pour aider les acteurs en leur soufflant une réplique lors qu'ils ont des trous de mémoire. C'est un métier qui n'existe plus dans les grands théâtres, mais pour aider les patients, ce métier a une place considérable en qualité d'accompagnateur.

- Les métiers des décors

- L'accessoiriste et le machiniste

Les accessoiristes ou le machiniste ont le métier des décorateurs sur scène. Ils ont le devoir, lors des ateliers et de représentations, de positionner les objets ou de les retirer sur scène avant, pendant et après le spectacle. Ils sont chargés de fabriquer les objets scéniques ou de les acheter.

- Le chef éclairagiste

Son travail consiste à diriger les lumières lors du spectacle, changer leurs couleurs et leur intensité, mais aussi vérifier l'intensité des ombres prévues pour la pièce.

- Le régisseur

Il règle et arrange les effets spéciaux du spectacle sur ordinateur.

- Le décorateur

Le décorateur est le responsable de l'aménagement de la salle, il choisit certains éléments, objets et accessoires du décor de la salle.

- Les métiers des coulisses

- Les maquilleuses

En général, ces sont des femmes (maquilleuses) qui maquillent les acteurs en fonction de leurs rôles ou leurs personnages attribués ; mais des hommes peuvent aussi exercer cette fonction.

- Les costumiers

Ils ou elles fabriquent les costumes prévus pour le spectacle d'après les maquettes du décorateur.

- Les habilleurs

Il peut s'agir d'un ou plusieurs hommes ou femmes en coulisse pendant le spectacle qui aident en permanence les acteurs à se changer et retourner sur scène.

- La gestion du théâtre

- L'ouvreur

Cette fonction peut être exercée par un homme ou une femme pendant les répétitions générales qui acceptent la présence du public et le jour même de la représentation du spectacle. Il aide les spectateurs (le public) à s'installer dans la salle avant le lever de rideau.

- L'administrateur

C'est la personne chargée d'administrer tous les jours les biens du théâtre. Le personnel du théâtre est réduit ou augmenté selon la grandeur du théâtre, de l'hôpital ou des représentations, de financements envisagés, mais aussi du nombre de spectateurs, c'est-à-dire la taille du public ciblé.

- Les cibles de l'activité
- Le patient

C'est autour du patient que l'exercice se focalise. Les différents professionnels précités exercent leur travail autour du patient et au profit de ce dernier. Il est le noyau de l'art-thérapie puisque c'est sa santé qui est mise en étude. Sa participation dans l'activité est indispensable, mais aussi le respect de sa dignité reste un élément fondamental pendant l'exercice des ateliers.

- Les usagers

Les usagers sont sollicités dans le processus de soins du patient sous la couverture des figures distinctes : des membres de la famille, des proches, des amis, des personnes de confiance, des collègues et des bénévoles, etc. Tout usager d'un établissement de santé public ou privé peut formuler, par écrit ou même par voie orale, ses griefs, ses recommandations tout comme ses remerciements ou ses critiques à propos du travail auprès des responsables des services concernés de l'établissement.

- Le public

Le spectacle vivant, quelle que soit la forme envisagée, se caractérise par la coprésence de ceux qui donnent à voir et à entendre appelés les actants et celui vers lequel l'information est véhiculée, le grand public, ceux qui ont accepté de voir et d'entendre le message. Le public a un sens beaucoup plus significatif dans la finalité du travail. Il manifeste des émotions différentes selon la manière dont il reçoit l'information donnée par les comédiens. Le spectateur peut percevoir différemment le même message et ressentir tout aussi bien : la colère, la gaieté, la mélancolie, la joie, l'anxiété, etc.

2) La logistique¹¹⁷

C'est dans la logistique que les procédés et les outils à utiliser sont répertoriés. Elle contient des renseignements importants enregistrés ou archivés dans des listes ou des rapports. Ces informations, qu'elles soient ou non officielles et documentées, doivent être retenues par les secrétaires du service ou leurs adjoints, bien que leurs missions soient clairement définies. Ceux-ci sont chargés de préparer les horaires, rédiger les rapports de réunions et de décisions ou de diagnostic des patients. Malheureusement, dans la pratique, certains éducateurs partent ou quittent les établissements de soins et il est très probable que ce genre de documents n'y soient plus parce que ces éducateurs partent avec leurs données. Ces documents permettent aux nouveaux ou à ceux qui reviennent d'être efficaces et de se mettre au travail le plus rapidement possible.

Ce genre de documents ne contient-il pas des informations sur le patient ? S'il y a des informations le concernant, est-il logique que certains éducateurs ou artistes partent avec ces informations ? Ne compromettent-ils pas la gestion du dossier médical du patient ?

¹¹⁷ Arrêté du 17 décembre 2002 modifiant la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public constitué dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, JORF du 31 janvier 2003 page 1939, texte n° 34.

Un tel document nécessiterait en principe d'organiser et d'inclure des informations du patient et d'être facilement accessible. Ces documents doivent être répertoriés sous forme alphabétique, ou par des mots clés, sauf les patients traités sous l'anonymat.

Il y a aussi les fournisseurs des produits et des services facilitant le déroulement des ateliers et des représentations. Quand les termes produits et services apparaissent, cela signifie bien évidemment la présence d'agences de locations des immeubles ou des services. Ces listes regroupent les comédiens professionnels, les fournisseurs préférés pour les communications, les services juridiques, les hôpitaux privés et publics, les institutions éducationnelles, les groupes ou les troupes de théâtre, les associations bénévoles et même, il ne faut pas le négliger, les adresses des cuisines rapides du coin. Ces listes doivent impérativement retenir les prénoms des personnes à contacter pour obtenir certaines informations ou certains services.

Les organisations nationales ou internationales participant à la politique nationale de santé sont toutes impliquées dans le système et elles doivent être répertoriées dans la liste. Tout comme celles qui participent au « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹¹⁸. Il faut garder les dossiers des organisations du réseau communautaire social qui ont déjà participé à la politique sanitaire et à l'éducation thérapeutique. Le mieux est de les archiver dans un système informatisé.

Quant à la question des sources, il peut y avoir une dispersion du personnel ou du matériel concernant le programme antérieur. Pour les retracer, ces documents doivent inclure des renseignements concernant non seulement les droits d'auteurs, les droits des patients, des bibliothèques, des producteurs mais aussi des instituts de recherche et/ou des chercheurs.

Une grande partie doit être conservée pour la question de méthodologie, puisque seule la procédure établit que les biens seront protégés et qu'ils détermineront les modalités de financement des projets éducatifs des artistes et thérapeutes, mais aussi pour l'amélioration du rendement du personnel. Ces instructions doivent être avisées à toute institution, organisation ou groupe participant au programme ou à certains comédiens et éducateurs et thérapeutes pour leur indiquer la voie à suivre pour élaborer un projet qui réponde au besoin sanitaire en place.

B] L'INTERROGATION IMPORTANTE ET MAJEURE DE CETTE RECHERCHE

Avant de chercher la réelle problématique qui se pose ici, il est encore cohérent de se poser certaines questions essentielles à cette étude. La réflexion est de savoir comment les traditions de ces deux branches en sont arrivées petit à petit à la perspective de travailler ensemble, et à l'invention précoce du théâtre dans les établissements de santé ? Comment parviennent-elles à soulever un degré d'implication dans le système de santé et sa politique préventive, tout en sachant que cela n'est pas facile à réaliser ?

Dans la réalité de la vie sociale et socio-médicale, le théâtre relève peu à peu le défi et un climat d'attente est installé au milieu de ces sciences. Entre-temps, le comédien se voit dans l'obligation de profiter de cette innovation et de faire preuve de volontarisme dans la lutte des fléaux, des maladies chroniques et des maladies incurables. La médecine accueille à son tour à bras ouverts les apports de la science théâtrale.

¹¹⁸ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

1) La problématique

Avant d'examiner la problématique de cette étude, ce paragraphe relate brièvement le contexte dans lequel va s'opérer la partie empirique de cette recherche. La médecine, d'une manière générale, est envahie par la culture, les établissements de santé sont transformés en des lieux de théâtre et des arts. Les professionnels de santé se trouvent dans l'obligation de travailler avec des artistes, des ergothérapeutes, des psychothérapeutes, des médiateurs et des éducateurs spécialisés pour l'amélioration de la politique de santé, pour l'évolution de l'état de santé du patient, mais aussi pour sa réinsertion sociale. L'influence partagée entre ces deux branches, théâtre et santé, est interrogeable bien sûr, mais cette recherche permettra par la suite de comprendre comment ces deux disciplines s'associent peu à peu dans un processus thérapeutique commun. La médecine se cherche toujours, elle est au centre de toutes les formations pour améliorer la qualité du service, pour se donner de la valeur dans cette valeur ajoutée et d'assurer aux patients la meilleure santé.

En quoi le théâtre pratiqué par le professionnel de santé ou en collaboration avec les artistes, les art-thérapeutes ou les éducateurs spécialisés est-il un moyen thérapeutique ? L'artiste peut aussi se poser la question de savoir si la pratique du théâtre thérapeutique est vraiment dans la philosophie de son métier ou dans les compétences de sa profession ? L'artiste n'a-t-il pas plus d'importance dans cette pratique que le professionnel de santé ? Quel est le lien entre le thérapeute ou le comédien thérapeute et le médecin dans le processus de soins du patient hospitalisé ou non participant aux ateliers de théâtre thérapeutiques ?

Il semblerait paradoxal d'aborder la notion de théâtre dans les établissements de santé sans parler des acteurs, des institutions concernées ou des politiques d'intégration. Il est important de savoir que, dans le cadre de cette étude, la question de la relation entre le théâtre et la santé reste importante à examiner de près puisqu'elle présente plusieurs problèmes tant professionnels qu'économiques dans chaque secteur.

L'Europe et l'Amérique sont les modèles de plusieurs pays qui appliquent la médecine expérimentale (moderne) qui évolue avec la technologie et qui nécessite beaucoup plus l'intervention et le soutien de la culture, tel que le théâtre. En revanche, l'Asie ou particulièrement la Chine pratique la médecine traditionnelle qui évolue en dehors de la technologie, un système très fréquent dans les pays africains comme le Sénégal et Madagascar, etc.

Ainsi, des questions méritent d'être posées dans le droit français pour appréhender pleinement la dimension et les enjeux majeurs du système de santé accompagné par l'art, plus particulièrement le théâtre : les établissements de soins publics qui étaient lieux de charité et d'assistance aux pauvres, puis lieux d'enfermement, sont devenus hôpitaux dès la fin du XVIII^e siècle et aujourd'hui des lieux publics de soins où, par l'intervention de l'art, ils ont évolué vers des établissements de soins médicaux et médico-sociaux. Ses nouveaux intervenants ne méritent-ils pas un statut spécial ? En quoi la pratique d'un comédien, d'un art-thérapeute et/ou d'un professionnel de santé diffère-t-elle dans l'utilisation de ce moyen de travail qu'est le théâtre ? Aux yeux de la loi et des usages, n'y aurait-il pas vraiment d'ambiguïté entre l'activité des professionnels paramédicaux – psychiatre, ergothérapeute, ou kinésithérapeute –, et celle d'un artiste thérapeute ? Quels sont la qualité et le statut de l'artiste dans le domaine thérapeutique ? Lorsque la pièce théâtrale est publiée dans une revue

scientifique sous forme d'un article, que deviennent les droits d'auteur ? Quelle est la loi applicable en cas de situation similaire ? Quelle responsabilité engage l'artiste dans ses ateliers auxquels participent les patients ? L'artiste a-t-il le droit de consulter le dossier médical du patient ?

Il serait opportun de s'interroger sur la notion de la propriété intellectuelle des œuvres artistiques issues d'un travail de collaboration entre différents professionnels et les patients. Chaque partie demande ou réclame la propriété de ces œuvres. Ce projet de recherche va montrer que les obstacles sont nombreux dans cette collaboration du fait notamment de l'implication des différents professionnels et des statuts juridiques de chacun. Il est indispensable de s'interroger sur ce que représente l'art produit par le « fou » (malade mental) lors d'une manifestation artistique. Quelle est sa valeur non seulement dans la constitution d'œuvre d'art, mais aussi sur le plan juridique ? En quoi son apport, en terme juridique, et sa valeur se distinguent-ils de ceux des manifestations artistiques de personnes raisonnables ? Il est certain que la pratique ou l'activité artistique présente chez les personnes valides un intérêt majeur et il va de même pour les patients ou toutes personnes en situation de handicap. Ainsi, que représente l'activité artistique pour les personnes invalides et que leur apporte-t-elle ? Quelle est la finalité des œuvres artistiques souvent radieuses, splendides et exceptionnelles qui sont réalisées par les patients dont l'esprit est envahi par le doute et dans leur espace hideux affecté par la maladie ? Est-ce que dans leurs œuvres apparaît une quelconque forme montrant la présence de leur maladie ? Malgré leurs problèmes cognitifs, les pièces qu'ils réalisent ne méritent-elles pas d'être considérées comme des œuvres véritables ? Est-ce qu'ils perçoivent des droits en tant que créateurs d'œuvres ? Sont-ils capables juridiquement de renoncer leur droit ? Tout au long de cette recherche, ces questions et d'autres exigeront des réponses et formeront un répertoire d'informations à faire partager.

La médecine française utilise beaucoup le théâtre et met en place des phases d'échange entre ces deux disciplines. Les œuvres et les objets qui résultent de cet échange constituent ensuite l'objet principal ou la source d'un conflit opposant ces différentes parties. Grâce aux réponses apportées à ces problématiques, il sera possible d'élaborer un modèle de développement d'une structure thérapeutique appropriée et encadrée par la loi, et d'imposer à l'autorité publique de la mettre en place.

2) Quels intérêts apportés par le théâtre aux patients, aux professionnels et aux usagers de l'hôpital et aux établissements de soins ?

« *La culture s'adresse à l'intime ; elle interroge chacun d'entre nous quand les artistes, l'œuvre d'art nous y invitent.* »¹¹⁹ Le théâtre à l'hôpital tisse un lien avec la science médicale et s'avère très intéressant pour l'environnement sanitaire et plus particulièrement pour la médecine, mais aussi pour l'évolution de l'état de santé du patient. Ce lien contribue aussi à l'évolution de la culture comme pour le théâtre. « *Le Programme Culture à l'Hôpital* »¹²⁰ permet une véritable rencontre entre deux univers qui ont tendance à exister séparément, affaiblissant ainsi des dimensions communes essentielles. « *Cette volonté interministérielle a favorisé la rencontre des milieux artistiques et médicaux, telle que le*

¹¹⁹ Xavier COLLAL, *op.cit.*, p. 19.

¹²⁰ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

partenariat réalisé entre le Théâtre des Amandiers à partir d'un jumelage avec le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre. Cette structure qui comporte un hôpital général, un centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans abri et un pôle accueil et insertion, se distingue par son ouverture dans son action sociale en faveur de ses résidents. »¹²¹ C'est sur cet intérêt général que se focalise cette recherche qui intéresse les professionnels de ces deux disciplines ainsi que les chercheurs souhaitant avoir certaines notions sur ce lien. Les séances ou les ateliers ont l'apparence d'un cours de théâtre, mais l'ensemble des activités qui sont adaptées et structurées dans ce processus ont pour but le changement de comportements, l'amélioration de la réinsertion et/ou l'évolution thérapeutique du patient. Le théâtre s'ajoute aux soins des patients et son intérêt est de ne pas stigmatiser les malades et les enfants, en considérant bien sûr leur difficulté, mais en mettant surtout en avant leur potentiel humain.

Le théâtre est l'ultime aventure qui concerne tout le monde, ses représentations sont intéressantes du point de vue humain, médical et social puisqu'elles permettent la resocialisation du patient ou de toute autre personne souffrante. Comme il est toujours dit au théâtre, le rideau est levé entre ces deux disciplines avec l'idée bien définie de s'investir tous ensemble. Ces professionnels se lancent dans l'intérêt commun dans lequel tous peuvent être acteurs de la santé du patient et ils peuvent répondre aux besoins des usagers de l'hôpital.

Selon Antonin Artaud, la création permet à chaque personne, y compris les malades, de sortir de quelque chose qui fait mal ou qui fait souffrir comme la douleur, le stress, la colère, la haine, etc. Il illustre cette thèse par un argument très convaincant : « *Nul n'a jamais écrit ou peint, sculpté, modelé, construit, inventé que pour sortir en fait de l'enfer.* »¹²² Au-delà du bien-être que la créativité apporte aux souffrants, cet acte créatif apporte encore davantage une satisfaction et une valorisation dans la vie du patient. Ce raisonnement peut à titre d'exemple s'appuyer sur la vie d'Antonin Artaud, puisque lui-même souffrait de schizophrénie. Il y a aussi un concept à retenir pour définir les avantages apportés par la création à travers une idée soutenue par le Foyer Hubert-Pascal : « *La créativité est fille de la souffrance. Ce qui ne veut pas dire que la souffrance est mère de toutes les créativités.* »¹²³ En partant de cette théorie, il est bien clair que ce n'est pas le fait de souffrir ni la souffrance elle-même qui rend l'individu artiste. Donald Woods Winnicott ajoute à cette idée que : « *Quand on vit créativement, on voit que tout ce que l'on fait renforce le sentiment que l'on est vivant, que l'on est soi-même.* »¹²⁴

Il est impensable de terminer cette partie sans souligner l'importance de l'art-thérapie chez les personnes handicapées souvent désocialisées du fait de leur état physique. Pour Joël Kerouanton, « *"c'est un chemin de traverse pour aller voir du côté de sa sensibilité". Pour les publics fragilisés, du fait d'un handicap ou d'une situation venant faire souffrance, la pratique artistique revêt un intérêt premier puisqu'elle permet de sortir de l'enfermement et de l'exclusion dont elles peuvent parfois souffrir. Pour les aider à sortir de ce carcan, il existe de multiples formes artistiques utilisables en atelier. Dans celles qui sont proposées, on peut*

¹²¹ Amandine BERTRAND, « *Faire vivre la Culture à l'hôpital* », une volonté interministérielle à l'épreuve de la réalité, conduite de projets culturels, Master 2^e année, année Universitaire 2007-2008, p. 4.

¹²² Kenneth WHITE, « *Le monde d'Antonin Artaud ou pour une culture cosmopoétique* », le regard littéraire, Éditions Complexe, 1989, p. 34.

¹²³ Foyer Hubert-Pascal, « *L'art, ça nous regarde* », sous la direction du foyer d'accueil et de promotion, Champ social Éditions, 22 août 2001, p. 26.

¹²⁴ Pascale DECALF, « *De l'art à soi : Mon expérience du collage* », aux éditions Edilivre, 21 octobre 2016, p. 27.

trouver; entre autres, le dessin, la peinture, l'écriture, la photo, la vidéo, la sculpture, le plâtre, le modelage, la danse, la musique, le slam, le chant, le théâtre... Toutes ces pratiques artistiques sont autant de supports utilisables par les professionnels qui ont pour fonction de prendre en compte la souffrance des autres. »¹²⁵

Il y a un intérêt capital dans ce « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹²⁶ qui permet de donner un sens à l'existence de certains patients ou personnes handicapées et surtout de leur donner une place prépondérante dans la société. Une place que certains d'entre eux n'auraient jamais eue, car ils sont souvent marginalisés. Ils voient en effet les portes se fermer devant eux dans de nombreux domaines, dans le monde professionnel particulièrement, et ces ateliers peuvent leur donner cette chance.

Ce programme améliore la qualité de vie des usagers, des médecins de santé publique et privée, mais aussi des centres hospitaliers autour de l'idée de travailler ensemble, en équipe et de s'intéresser aux déterminants de santé publique. La volonté politique et sociale introduisant la culture dans les structures hospitalières est généralement confrontée aux problématiques de santé publique et à ses exigences, aux choix éthiques pour faire usage des techniques modernes et à la transformation de l'établissement tout comme de l'individu.

Le théâtre en général participe à la politique de santé publique puisque certains comédiens représentent par exemple des scènes de vaccinations, qui ont certes pour but de distraire, mais aussi pour vocation d'émanciper, d'informer, d'éduquer et de communiquer à la population les bienfaits du traitement, la maîtrise de soi et aussi le suivi des soins.

Cette démarche transforme l'hôpital qui est aujourd'hui un lieu d'accueil, en un lieu de théâtre et d'enseignements médico-sociaux. Les liens qui associaient les artistes et les médecins permettent, aujourd'hui, de constater ou de faire apparaître l'absence d'une politique culturelle dans le domaine de la santé. C'est la raison pour laquelle les ministères de la Santé et de la Culture ont élaboré une convention : « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹²⁷. Il y a un intérêt général dans la politique culturelle à l'hôpital, c'est la création d'une formation universitaire qui permette par la suite une ouverture d'emploi en qualité d'éducateur en matière de santé, d'art-thérapeute ou en qualité d'éducateur thérapeutique. L'approfondissement de la relation entre l'art et la médecine pousse l'Académie de Médecine et celle des Beaux-arts à s'interroger et à contribuer ainsi aux soins et à la prévention.

Le théâtre n'est pas une activité nouvelle en soi, mais c'est plutôt le nouveau procédé utilisé et ses nouveaux apports à l'hôpital qui doivent inciter le législateur, les juristes à s'interroger sur la juridiciarisation et sur l'instrumentalisation du théâtre au sein des établissements de santé. Le système de santé est un ensemble d'institutions qui a pour objectif principal l'amélioration de la santé publique et il est caractérisé par sa spécificité, sa diversité et par la complexité de ses structures. Plusieurs secteurs coexistent au sein du système de santé, tels que le secteur libéral et le secteur public, mais leurs décisions sont sous l'influence et le contrôle de l'État et des collectivités territoriales. L'art se surajoute à cette structure et alourdit davantage le système de santé, l'hôpital cherchant à répondre aux demandes des usagers tout en gardant son efficacité et l'égalité dans l'accès aux soins. En ajoutant un volet

¹²⁵ Marc VÉTILLARD, « *Dossier thématique DC3, L'intérêt de la place de l'art & la culture auprès des publics fragilisés* », Note présentée en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Moniteur Éducateur – Session juin 2010, p. 3.

¹²⁶ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

¹²⁷ *Ibid.*

juridique à cette alliance, cela permet d'améliorer et de corriger le statut de ces artistes, leurs responsabilités et le nouveau cadre juridique de l'hôpital.

Plan général - Pour mieux cerner cette recherche consacrée aux activités de théâtre au sein des établissements de santé, il a été envisagé une méthode à double approche :

- « *Le théâtre acteur de la Politique de Santé Publique et Privée* » en (Partie I), développée en deux sous-parties : « *Les ateliers de santé dans le théâtre : un langage artistique accessible à tous* » en (Titre I) et « *Le corps dans le théâtre médical* » en (Titre II).

- « *Jouer au sein des établissements de santé comme au grand-théâtre* » en (Partie II), structurée en deux sous-parties : « *Du théâtre à l'hôpital psychiatrique et ergothérapeutique* » en (Titre I) et, en (Titre II), « *Le théâtre comme projet de socialisation du patient* ».

LE LEVER DE RIDEAU

PARTIE I -

LE THÉÂTRE, ACTEUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ET PRIVÉE

« Le dramaturge ne veut pas nécessairement thématiser la politique ou critiquer l'ordre social, mais la dynamique tragique y contribue d'elle-même. Autrement dit, et selon les termes employés par Hans-Thies Lehmann, "Ce n'est donc pas par la thématisation directe du politique que le théâtre devient politique mais par la signification implicite de son mode de représentation". »¹²⁸

Le 20^e siècle développe considérablement une image d'égalité en termes de droits humains et surtout dans le domaine de la santé. L'Organisation des Nations Unies établit un premier principe dans la Déclaration universelle des droits de l'homme en 1948 qui énonce en son article 1 que : *« Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. »*¹²⁹ Cela a poussé d'autres pays ou instances nationales et internationales à légiférer et à prévoir des déclarations de droits qui renforcent cette Déclaration. Ces normes sont définies pour tous les êtres humains ou pour un public cible et/ou un groupe d'individus comme les droits de l'enfant, les droits du patient ou les droits des citoyens d'un pays déterminé.

Pour mieux éviter la discrimination, avec une efficacité accrue, dans le domaine de la santé, de nombreuses organisations, des associations ou des groupements se sont aussi constitués dans le but de soutenir et de promouvoir l'application et la propagation au profit de chaque malade.

Le monde du théâtre qui, depuis son origine, est à la recherche des droits de l'Homme et du citoyen dans chaque territoire se voit profondément touché par cet appel pour soutenir les patients en premier lieu, et pour promouvoir la politique de santé en second lieu. D'un point de vue anthropologique, cette approche fait comprendre les liens directs qui peuvent exister entre le monde du théâtre ou l'art théâtral et la vie des hommes. Cet art conçoit sur scène un univers très abstrait, ou plutôt fictif, mais il porte en lui des interactions propres à la vie concrète des hommes. Un dramaturge, par ses recherches, peut mettre en scène une action sociale pour avoir des retours ou des réactions de l'homme pour qu'en fin du compte se dévoile une solution dans la vie que mènent les citoyens ou se dessine une autre méthode à leur vie. C'est dans cette perspective que le dramaturge peut découvrir une nouvelle façon non seulement de pratiquer la dramaturgie, mais aussi contribuer à la politique de santé publique et privée.

Le théâtre porte à son plus haut niveau l'art communicateur au cœur de la politique de santé puisque ses actions-réactions entre le théâtre et les usagers ou les patients ont pour but d'agir sur les hommes en les engageant à répondre à leur situation d'oppression ou à faire face à un fléau qui gangrène la population. En restant dans cette même philosophie, les médecins qui se voient critiqués par les acteurs de théâtre adoptent une autre manière de savoir-faire médical pour répondre aux exigences des malades et s'adaptent à la nouvelle politique de santé. Par le biais du théâtre thérapeutique, le patient est orienté vers des mesures de salubrité,

¹²⁸ Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAT et Alain VIALA (sous la direction de), *« Corps en scène », op.cit.*, p. 182.

¹²⁹ *« La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme »*, adoptée et proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies à Paris, le 10 décembre 1948.

certes luxueuses ou coûteuses, mais améliorant sa santé, car elles lui permettent de faire face à la vie quotidienne.

L'art théâtral impose une médecine libérale, collective et beaucoup plus préventive, engendrée sur l'essor de la prophylaxie et de la vaccination. Cet art ajoute à la politique de santé une philosophie sociale soucieuse d'appréhender les maladies et toutes sortes de handicaps de façon collective, en appelant le développement d'une médecine sociale ancrée sur les préoccupations de la santé publique.

Sous le couvert des ateliers de théâtre, ce dernier informe, éduque et communique à la population toute information issue de la nouvelle politique de santé mise en place. L'activité théâtrale joue un rôle très important dans la médecine notamment dans la « *recherche* », il ne faut pas oublier que dans la notion de « *recherche médicale* », la santé et la biologie remplacent la « *médecine* » stricto sensu. François Kourilsky précise que « *dans de nombreux secteurs, la recherche s'intéresse davantage aux conditions d'un bon état de santé qu'à soigner des maladies. Elle se focalise sur la médecine préventive et prédictive (celle-ci pose d'ailleurs de nombreux problèmes d'éthique), dès lors que la pratique individuelle de la médecine hippocratique ou traditionnelle est supplantée par une approche collective des problèmes de santé, voire d'environnement. C'est d'ailleurs ainsi que la recherche médicale sera vraisemblablement amenée à se rapprocher davantage encore des sciences humaines et sociales.* »¹³⁰

Plan de la première partie.

Cette partie cherche à exploiter : « *Les ateliers de santé dans le théâtre : un langage artistique accessible à tous* » en Titre I (Acte. I) et « *Le corps dans le théâtre médical* » en Titre II (Acte. II).

¹³⁰ Entretien avec François KOURILSKY par : Jean-François PICARD en juin-octobre 1990, Suzy MOUCHET et Jean-François PICARD le 12 septembre 2001, Texte revu et amendé par François Kourilsky.

TITRE I / (ACTE I) -

LES ATELIERS DE SANTÉ DANS LE THÉÂTRE : UN LANGAGE ARTISTIQUE ACCESSIBLE À TOUS

À l'hôpital, les activités du théâtre s'opèrent de plusieurs manières, mais la pratique d'atelier d'échange est le type d'exercice souvent appliqué. Cette manière de faire permet de penser, d'inventer et d'analyser différentes thématiques de santé, mais aussi d'étudier la santé du patient mis en exercice. Pour les praticiens du théâtre, ces actes ne sont pas étrangers à leur profession puisqu'ils constituent la base ou le reflet de l'intelligence de l'acteur. L'idée est de faire ressortir des pensées anciennes appartenant à autrui pour lui donner la chance de revivre mieux qu'avant.

Dans les ateliers d'art-thérapie, les comédiens recourent à des pratiques artistiques en ne tenant pas vraiment compte de l'objet créé lui-même, mais ils mettent plutôt en lumière le processus artistique travaillé. Cette démarche, comme tout art, constitue une forme de langage distinctive. L'animation utilisée à l'hôpital est la médiation artistique qui fait usage d'un langage artistique accessible à tous sous plusieurs axes différents : le verbal formulé par la parole, le gestuel exprimé par le corps, les signes lancés par les mains ; il y a aussi le langage des yeux, des écrits comme la peinture et enfin celui de la télépathie et de l'odorat. C'est à travers ces considérations théoriques qu'une évaluation comportementale et cognitive est réalisée avant de prendre une décision de prise en charge du patient.

Le théâtre facilite aussi le maintien ou le développement de la politique de santé auprès de la population. Il ouvre la possibilité d'ateliers d'art-thérapie qui sensibilisent et qui mobilisent la population pour répondre aux exigences de santé et de salubrité de chacun. Il constitue en quelque sorte une étape de la démocratie participative en santé puisqu'il permet au citoyen de participer à la démarche de mise en place de la politique de santé publique et privée. Chaque usager, professionnel, proche du patient ou le malade lui-même, participant aux ateliers de théâtre, peut poser des interrogations de santé générale ou des questions préoccupantes sur sa santé personnelle, ou y répondre.

Les professionnels du théâtre présentent des mises en scène qui répondent aux préoccupations de santé publique et qui aident le Comité consultatif d'hygiène publique de France, installé en 1848 au ministère du Commerce, à répondre aux problématiques sanitaires sur l'ensemble du territoire français. Les acteurs ou comédiens démontrent en collaboration avec des médecins comment faire pour assurer la salubrité des villes et de l'habitat, surveiller et assurer l'alimentation en eau potable, un niveau d'hygiène industrielle très efficace et la protection des denrées alimentaires. Ils proposent aussi quelques bases de protection des travailleurs, comment prendre des mesures prophylactiques destinées à prévenir des épidémies ou des épizooties. Ils démontrent largement les méthodes d'isolement, de désinfection et/ou de prophylaxie sanitaire maritime ou autres.

D'autres modèles d'ateliers théâtraux peuvent être envisagés pour répliquer aux épreuves de santé telles que l'hygiène sociale censée moraliser les comportements personnels dans l'alcoolisme, le tabagisme, la sexualité et autres. Ces ateliers participent profondément à la prophylaxie pasteurienne formulée sur les bases des campagnes de sensibilisation sur la vaccination et sur la sérothérapie qui sont présentées comme le prototype de la prévention sanitaire. Tout cela fait comprendre une nouvelle perspective dans la démarche de lutter

contre les différentes maladies sociales qui dégradent la population, telles que les maladies vénériennes, le sida, la tuberculose, etc.

Le plan de ce titre sera le suivant : « *L'enracinement du théâtre dans la santé publique et privée* » au Chapitre I (Scène I) et « *L'information et l'éducation de santé* » au Chapitre II (Scène II).

CHAPITRE I / SCÈNE I – L'ENRACINEMENT DU THÉÂTRE DANS LA SANTÉ PUBLIQUE ET PRIVÉE

Il faut tout d'abord retenir que le théâtre jouait son rôle dans la politique de santé publique sous plusieurs angles, mais il dépensait beaucoup plus d'énergie dans la politique générale de santé en termes de prévention, de communication, d'assistance, d'information, d'éducation, et de mobilisation, etc. Ses actions répondaient aux mêmes règles que celles de la médecine. Cette partie d'enracinement du théâtre dans la santé publique et privée a été développée dans la partie historique de l'introduction générale de cette recherche.

Sur la base des politiques et des mesures d'hygiène, le théâtre s'immergeait dans de multiples actions de prévention, comme la découverte du rôle joué par certains virus ou certains microbes dans la propagation des maladies et différents types d'infections. La découverte de Louis Pasteur et Robert Koch changeait la donne par des justifications scientifiques qui prouvaient que les usages d'hygiène conseillés depuis des années ne servaient qu'à la multiplication des virus ou des microbes.

Des mesures d'hygiène contraignantes sont mises en place par la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique¹³¹ qui précise un partage des compétences entre autorités sur le territoire français¹³².

La nouvelle politique d'hygiène publique appelée « *révolution sanitaire* »¹³³ avait comme acteurs des médecins et des infirmiers qui animaient des ateliers de théâtre dans les établissements de santé, dans des lieux publics, mais aussi dans des débats parlementaires en affrontant les tenants de l'hygiénisme moderne aux défenseurs de la médecine libérale. Il y avait aussi parmi les acteurs, le doyen de la faculté de médecine, Paul Brouardel ; ils affrontèrent tous ensemble le débat et s'inclinèrent devant l'autorité scientifique de Pasteur sur la contestation de l'origine bactériologique de la typhoïde.

Sous l'angle théâtral dans les ateliers et les différentes assises, le départ de l'efficacité de l'hygiénisme éclate grâce à la désinfection (asepsie) et à l'émergence de la vaccination. Mais cela n'efface pas la prédominance d'un art médical marqué par la carence scientifique de la majorité des praticiens médicaux comme par leur impuissance thérapeutique.

Avant de parler des troupes théâtrales ou des comédiens, les praticiens médicaux eux-mêmes cherchaient à informer, à éduquer et à communiquer. Les notions d'hygiène sociale et d'éducation sanitaire resteront longtemps dans des fonctions subalternes, face à un corps médical lié à la défense de ses prérogatives, telle que la non-divulgence de l'information au nom du secret médical, à l'exemple de la non-déclaration des maladies contagieuses. Même si cela a suscité des polémiques et des jugements sévères aux yeux de Lion Murard et Patrick Zylberman : « *Rien ou presque ne distingue de ses voisins le mouvement hygiéniste français dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Les différences éclatent en revanche au stade de l'enracinement de la médecine publique dans l'appareil des pouvoirs locaux et nationaux. .../ Or, loin de faire preuve de ce jacobinisme qu'il montrait sur le terrain de l'école (la III^e République) s'est montrée incapable de diffuser l'expertise nécessaire à l'application de ses textes législatifs. Et où les eut-il trouvés, ces experts, quand la Faculté faisait barrage à*

¹³¹ Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, *Journal Officiel* du 19 février 1902.

¹³² Pour des raisons d'informations complémentaires à ce sujet, il faut consulter l'ouvrage de Pierre GUILLAUME, « *Le rôle social du médecin depuis deux siècles 1800-1945* », Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, Paris, 1996, p. 10.

¹³³ Jean François PICARD, Vincent VIET, <http://histrecomed.fr/> (MAJ 3-2019).

l'émergence d'une véritable profession d'hygiéniste ? Rien plus que cette professionnalisation avortée, écarte l'hygiène française de ses consœurs anglaises et allemandes. La loi de 1902 dénonce l'impuissance du pouvoir central. Un Parlement qui pour tenir en laisse l'exécutif, paraît lui-même tenu en laisse par la polycratie des notables et des médecins... »¹³⁴

Il est aussi important de dire qu'à la veille de la Grande Guerre, l'émancipation de l'hygiène sociale, considérée comme un pilier de l'assistance et de la médecine préventive, a eu le soutien des différentes associations caritatives ou des groupements d'initiatives privées. C'est à partir de là que la Grande Guerre a fortement suscité la mise en place pour la première fois d'une grande politique sanitaire centralisée, tout en sachant que la mobilisation a donné à l'État, d'une manière générale, toute autorité sur le corps médical. Avant la Grande Guerre, l'entretien sanitaire était moins assuré pour la population civile en général, car le plus important était de récupérer les blessés de guerre au profit des armées, des usines de guerre et ensuite seulement les malades.

La nouvelle politique a donc rendu impérative la défense sanitaire nationale en prenant en compte la population militaire et civile contre toutes sortes d'épidémies et a renforcé ce dispositif systématique de veille sanitaire et d'alerte. Elle a généralisé la vaccination contre la variole, les fièvres typhoïdes, mais aussi les sérothérapies. Dans cette même directive, il y avait la lutte contre les fléaux sociaux susceptibles d'atteindre la capacité laborieuse de la population comme le cancer, la tuberculose, les maladies vénériennes, l'alcoolisme ou autres.

Nonobstant, à la sortie de la Grande Guerre, cette politique sanitaire conduite par le sous-secrétaire d'État au Service de santé, Justin Godar, est brusquement abandonnée par les différentes instances des pouvoirs publics, peu soucieuses de garantir ou d'assumer leurs charges financières en raison des désastres économiques de la Grande Guerre.

Jean François Picard et Vincent Viet précisent dans un article¹³⁵ que c'est à partir de 1920 que l'hygiène sociale commence, petit à petit, à s'améliorer et à tirer son épingle du jeu grâce aux aides des œuvres françaises et du soutien des œuvres étrangères telles que la Croix-Rouge, la Fondation Rockefeller et d'autres.

Ces actes sont soutenus de loin en loin par les collectivités locales et l'État central. Dans cette approche, des actions privées et publiques à vocation préventive et même pédagogique commencent à voir le jour et impliquent toutes les classes sociales et toutes les institutions publiques et privées. Des mouvements sont nés : multiplication des ligues, des associations et compagnies ; éducation sanitaire ; formation des personnels spécialisés : infirmiers et visiteurs ; propagande publique ou accompagnement social ; implication des comédiens et compagnies de théâtre.

Cette démarche a été renforcée par l'État providence et la santé publique créée par le Conseil National de la Résistance, voulue par le Général de Gaulle à la tête du gouvernement provisoire. L'axe central des réformes sociales dans le domaine sanitaire est mentionné dans le Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946 : « *Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs.* »¹³⁶

¹³⁴ Jean François PICARD, Vincent VIET, <http://www.histrecmed.fr/> (4-2015) : Lion MURARD & Patrick ZYLBERMAN, « *L'hygiène dans la république. La Santé publique en France ou l'utopie contrariée, 1870-1918* », Paris, Fayard, 1996, p. 470. In : Sciences sociales et santé. Volume 16, n°1, 1998. pp. 135-138.

¹³⁵ Jean François PICARD, Vincent VIET, <http://www.histrecmed.fr/> (MAJ 3-2019).

¹³⁶ Alinéa 11 de la Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, Conseil Constitutionnel le 10 novembre 2016, p. 2.

L'art théâtral s'introduit dans la politique de santé en répondant à certaines interrogations de la population et l'État essaie à son tour de répondre aux besoins des acteurs et des centres artistiques comme les grands théâtres, en subventionnant leurs activités comme il a été fait par le gouvernement belge en 1945¹³⁷. C'est dans cette démarche qu'un cadre institutionnel et juridique est installé pour développer les activités théâtrales dramatiques belges d'expression française depuis 1945. C'est à cette date que l'État belge crée pour la première fois une institution théâtrale dotée d'une mission spécifique et significative pour laquelle une subvention est définitivement inscrite dans le budget de l'État¹³⁸. Le Théâtre National de Belgique est créé par un arrêté du Régent en date du 19 septembre 1945¹³⁹. « *L'instauration d'un principe de subventionnement suppose que les pouvoirs publics élaborent des modalités d'octroi des subventions. Ces modalités règlent les questions qui portent sur la temporalité, le volume et les destinataires des subventions. Elles sont habituellement définies au moyen de dispositions juridiques (Arrêtes royaux, Décrets) et s'accompagnent de la mise en place de systèmes "d'expertise" dont les membres sont chargés de remettre avis et propositions auprès des "décideurs" politiques.* »¹⁴⁰ Les pouvoirs publics en place sur le territoire belge (ministère de l'Instruction publique) prévoient les premiers repères du cadre juridico-institutionnel du Théâtre National de Belgique en se référant aux tendances qui s'imposent dans les mouvements d'éducation populaire. Dans cette politique éducative populaire, le théâtre est considéré tout d'abord comme porteur potentiel des missions d'instruction et même d'évaluation du niveau culturel de la population, il est ainsi « *en quelque sorte un livre à la disposition de ceux qui ne savent pas lire.* »¹⁴¹ Dans cette idéologie, il y avait non seulement l'idée de développer la culture, mais aussi de mettre en valeur et de rapprocher le livre de la population. D'autres missions du théâtre sont apparues en 1945 dans cette période de reconstitution nationale : « *Le gouvernement Van Acker compte en son sein un ministère de l'Information dont l'une des tâches, déclare son titulaire, consiste dans un "travail de développement de l'esprit national, d'éducation civique et de protection de la santé morale de la nation", dans le cadre duquel "le théâtre peut beaucoup pour la formation culturelle et civique du peuple."* »¹⁴²

Cette idéologie est reprise par le monde du théâtre en France, pour diffuser l'éducation populaire et sociale, sans aucune distinction de classe sociale ni de région. La santé était un centre d'intérêt pour les grands acteurs qui se mettent à assurer la vulgarisation des normes sanitaires d'hygiène. La nouvelle politique éducative incite les comédiens à se lancer dans l'esthétisme théâtral en se servant du corps humain. Certaines pièces de Molière portaient sur le programme politique éducatif de santé. De même, le grand comédien, auteur et metteur en scène Léon Chancerel, élève de Jacques Copeau à partir de 1920 au centre du Théâtre du Vieux Colombier à Paris, et qui a évolué dans d'autres centres, tels que celui de Bourgogne, a commencé par écrire des chansons puis des pièces de théâtre. En 1929, il a collaboré étroitement avec un jésuite, le Père Paul Doncoeur, qui avait comme objectif de relier le

¹³⁷ Michel JAUMAIN, « *Le théâtre dramatique francophone : cadre institutionnel et statut juridique depuis 1945* », *Courrier hebdomadaire du CRISP* 1981/6 (n° 911-912), p.1-65, p. 1.

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 5.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² *Ibid.*, p. 6.

travail de Jacques Copeau au théâtre des comédiens routiers¹⁴³ qui, par la suite, est devenu le pionnier du théâtre pour la jeunesse. Jusqu'en 1957, année de création de l'Association du théâtre pour l'enfance et la jeunesse (ATEJ), il a continué son influence dans le théâtre amateur et dans les méthodes de formation des acteurs à travers son mode d'expression corporelle et d'exploitation en improvisation. Il est donc logique de dire que ces comédiens routiers issus de la compagnie des scouts ont marqué dans leur ensemble la réformation dramatique française. Il est bien affirmé, dans la définition donnée par Robert Abirached dans sa préface de l'ouvrage de Maryline Romain, que : « *C'est que l'acteur est, pour Léon Chancerel, le lieu où s'incarne le monde et le seul d'où l'on peut parler charnellement au monde. Il l'invite à exercer une sorte de sacerdoce dans la société. Ni star ni historien, il est le principal agent de l'art dramatique, que Chancerel a toujours défini comme service. Car cet intellectuel catholique s'est toujours fait du théâtre une conception populaire, civique et sociale, persuadé que l'art dramatique possède la capacité et le devoir de favoriser la communion des groupes sociaux, voire de contrer avec efficacité la lutte des classes, pour peu qu'il soit mis au service de la collectivité. Voilà, qui prélude aux ambitions de la décentralisation dramatique de l'après-guerre et qui annonce le théâtre national et populaire de Jean Vilar, ainsi que sa définition du théâtre comme service public.* »¹⁴⁴

Le métier du théâtre s'est développé dans le milieu de la médecine, un domaine très développé techniquement, avec un système bien approprié à la profession. De jour en jour, les comédiens, avec les professionnels de santé, lancèrent des ateliers de santé dans le théâtre pour suivre les démarches politiques de santé nationale. Ce qui a permis de remarquer au préalable que cet art dramatique peut aussi sensibiliser et mobiliser la population au respect des règles d'hygiène et de santé publique. Des mesures alimentaires pour les enfants, la lutte contre les fléaux, la salubrité, les risques des maladies véhiculées par les animaux et autres seront présents dans les intérêts généraux des ateliers de santé dans le théâtre. Il faut comprendre que la stratégie politique envisagée touche non seulement les enfants, les jeunes et les personnes âgées, mais aussi les professionnels médicaux et artistiques ainsi que les malades et les usagers des hôpitaux. La classe politique étatique garde un droit de regard sur la gestion et sur les démarches appliquées, pour pouvoir bien envisager les mesures appropriées d'un côté, et, d'un autre côté, pour amener au fur et à mesure le législateur à mettre en place des normes règlementant cette politique.

Dans le cadre des intérêts généraux de ces ateliers, se posent plusieurs questions : comment est exercé le métier du théâtre à l'hôpital, en dehors des établissements de santé, dans l'intérêt de la médecine ? Pourquoi le théâtre à l'hôpital ? Qui a le droit de mobiliser, de sensibiliser, d'informer, d'éduquer et de communiquer les informations de santé ?

Dans ce sens, il a paru cohérent de travailler sur « *La sensibilisation et la mobilisation de la population par l'art théâtral* » en Section 1 avant de voir « *La notion de la « bienveillance »*¹⁴⁵ dans le secteur médico-social » en Section 2.

¹⁴³ Les comédiens routiers, est une troupe de théâtre pour des comédiens amateurs. Ils sont fondés au sein des Scouts de France par le comédien Léon CHANCEREL en 1929.

¹⁴⁴ Maryline ROMAIN, « *Léon Chancerel: portrait d'un réformateur du théâtre français (1886-1965)* », Préface de Robert Abirached, éd. L'Âge d'Homme, Lausanne, Suisse, 2005, p. 11.

¹⁴⁵ Selon la Haute Autorité de Santé, la « *bienveillance* » est définie comme « *une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins* ». Article « *La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre* », recommandation de bonne pratique, mise en ligne le 1^{er} juillet 2008 et mise à jour le 16 mars 2018.

SECTION I - LA SENSIBILISATION ET LA MOBILISATION DE LA POPULATION PAR L'ART THÉÂTRAL

Il faut tout d'abord retenir que les termes de sensibilisation et de mobilisation demandent impérativement des actions ou des mesures d'accompagnement répondant aux besoins de la population. Cela nécessite donc des unités de mesures permettant d'identifier les besoins et les valeurs escomptés, afin de bien envisager les actions à mettre en place. Cette démarche permet de mettre au premier plan la santé publique à travers les différents thèmes suivants : l'hygiène, la prévention, la promotion de la politique de santé, l'information, l'éducation, la communication, l'accompagnement du patient et sa réinsertion et d'autres, comme des objectifs d'amélioration de la politique de santé publique en général et en particulier de la santé des patients. L'art théâtral est retenu ici pour assurer et pour répondre aux objectifs de la médecine envers la population. Il faut donc organiser des assises, des ateliers et des représentations pour répondre aux exigences de la médecine et de l'hôpital. Pour mieux sensibiliser et mobiliser la population, cette méthode impliquera ouvertement les hôpitaux, les maisons de retraite, les villes, les associations, les troupes théâtrales, les différentes cultures de chaque classe sociale, les professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que les patients et les usagers. Les communes, les départements et les régions sont également concernés. C'est donc une responsabilité qui demande une implication très considérable de chaque acteur de la santé publique, professionnel et bénévole. Il est loisible de comprendre que le théâtre à l'hôpital met en évidence la culture de chacun, dans une ville ou « *dans un département où la survie est au cœur de la vie quotidienne de beaucoup de familles, il est dur de parler de la culture ; pourtant c'est de ne pas en parler qui serait indécent.* »¹⁴⁶

La méthode envisagée par le « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹⁴⁷ est un processus consistant à réorienter et à donner de nouvelles perspectives de vie à la population. En souhaitant développer la vie de l'hôpital ou la survie des patients dans certains établissements de santé, une identification des leviers du développement de la culture comme le théâtre s'impose sur l'ensemble du territoire afin d'adopter un projet et un plan d'action commun à tous. Le besoin d'un diagnostic fiable largement élaboré par des acteurs locaux et les services de santé est indispensable afin de mettre en œuvre un programme d'arts qui engage collectivement les différents groupes ou les différentes médiations concernées non seulement par l'art théâtral, mais aussi par les cultures en général. Ces deux disciplines cherchent à identifier comment le théâtre participe à l'évolution de l'hôpital ou de la médecine en général et contribue en même temps aux changements des pratiques sociales et à la vie du patient. Comment le théâtre nourrit-il un imaginaire de santé meilleure qui rende l'hôpital plus accueillant et plus désirable ?

Le théâtre à l'hôpital reste un processus ou un exercice démocratique incluant les professionnels et les patients. Cela a permis à certains établissements de santé de privilégier des dynamiques beaucoup plus participatives qui permettent à une bonne partie de la population de contribuer à l'action et à la politique collectives. À travers le théâtre, le

¹⁴⁶ Mairie de Montreuil, Direction des Affaires Culturelles, « *Les assises de la Culture de Montreuil / Une nouvelle ambition culturelle pour Montreuil* », parole d'acteur, p. 8.

¹⁴⁷ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

comédien consulte les habitants et leur demande de participer ou de donner leur avis dans les différentes dispositions de santé mises en place par l'hôpital ou l'autorité publique. D'où la naissance des assises de la culture et/ou du théâtre à l'hôpital.

L'ouverture des assises de théâtre à l'hôpital, professionnellement appelées des ateliers de santé, constituait donc un véritable défi relevé par les professionnels médicaux et les artistes. Dans ces ateliers, le défi était de mettre en place un moyen d'expression orale et corporelle pour exprimer les ressentis de la politique de santé, mais aussi de partager les peines, la culture de chacun des patients et des professionnels de santé. « *L'opportunité de partager sa culture et de découvrir celle des autres est pourtant bien une affaire collective, même si c'est forcément complexe sur un territoire riche d'une telle diversité.* »¹⁴⁸ Au centre de ces chantiers, un ou plusieurs thèmes de santé peuvent être lancés pour qu'un échange soit mis sur la table entre professionnels de santé, artistes/comédiens, patients et usagers. Un exemple évident est la mise en situation dans le cadre de la politique de vaccination, du sida ou d'un patient qui met ses problèmes de santé en discussion. Le mode de déroulement de ces ateliers sera décrit dans une des parties composant cette recherche. Afin de donner davantage de clarté à cette démarche démocratique, de concertation et/ou de partage, une question fondamentale a été retenue et posée dans cette recherche, mais aussi dans l'ensemble des rencontres : comment imaginer le théâtre dans la santé ?

Il est important de faire comprendre plus largement qu'un des objectifs de l'art théâtral, dans les démarches de sensibilisation et de mobilisation dans le cadre d'atelier de santé, consiste aussi à mobiliser en masse, ceux que la politique de santé appelle les publics empêchés, comme les personnes en situation de handicap, d'accompagnement, d'hospitalisation et même ceux qui sont dans des maisons de retraite, etc., pour répondre aux exigences de la médecine. C'est également un moyen d'entendre et d'écouter différentes classes d'âges qui fréquentent moins souvent les activités culturelles du fait de leur présence permanente dans les établissements de santé et d'intéresser les différents hôpitaux à faire usage de la politique du « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹⁴⁹.

PARAGRAPHE 1 - POURQUOI LE THÉÂTRE ?

Parmi les dimensions retenues comme les plus innovantes de la concertation du public ou du patient à travers la mise en place des ateliers de théâtre, c'est la création et le succès du théâtre thérapeutique qui émerge et l'exigence imposée par l'art dramatique sur la question de la pérennisation du dialogue et du partage entre patient et professionnel de santé ou professionnel artistique. À ce niveau, retenons que les principes qui régissent cette forme d'art et de démocratie participative ont suffisamment influencé les propositions concernant le rapport de confiance entre soignant et soigné. Cette approche beaucoup plus originale a pu dérouter certains acteurs culturels, certains éducateurs ou certains responsables publics aux attitudes corporatistes qui défendent des points de vue fermés dans ce domaine ou vis-à-vis de cette alliance de deux arts.

¹⁴⁸ Mairie de Montreuil, Direction des Affaires Culturelles, « *Les assises de la Culture de Montreuil / Une nouvelle ambition culturelle pour Montreuil* », *op. cit.*, p. 9.

¹⁴⁹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

À cette interrogation « *Pourquoi le théâtre ?* », il peut être répondu par plusieurs approches. D'une part, lors des ateliers, les participants se familiarisent entre eux ainsi qu'avec la notion de théâtre social. Ils mettent au centre du partage d'informations leurs expériences qui peuvent être positives ou négatives sur une des problématiques qu'ils ont choisies ensemble. D'autre part, l'art leur donne la possibilité d'interpréter en public ou en privé une pièce théâtrale qui généralement doit être suivie par un débat et permettre de corriger certaines étapes de la mise en situation. D'autres points peuvent faire partie des ateliers de théâtre, comme la discussion sur la sensibilisation à des questions importantes telles que la préparation aux catastrophes, la promotion de l'hygiène, le sida et/ou le choléra.

« *Le théâtre, dans la perspective de l'art-thérapie, jouer n'est pas qu'un jeu, c'est aussi une manière de faire apparaître "qui je suis", "ce que je peux faire", "ce que je peux être". Par les subtils déplacements qu'elle permet, et quelle que soit sa forme, classique, moderne ou d'avant-garde, l'expression théâtrale pourrait être le support de nos non-dits, de notre force de création. Des mécanismes subtils permettraient à la fois la libération des "énergies" trop longtemps contenues et leur valorisation dans un ici et un maintenant. Un exemple de thérapie par l'expression théâtrale est le psychodrame dont le but même est de réussir à mettre en scène, et donc en acte, des affects souvent douloureux et parfois inacceptables par la société et/ou par soi-même.* »¹⁵⁰

Le théâtre instaure d'une autre manière le respect ou l'application des règles sanitaires ; il assure un accompagnement des créations des patients ou des participants dans un parcours symbolique du suivi de soins et d'aide au développement de la personne vers un « *aller mieux* ». Dans ce même cadre de travail, les ateliers de théâtre permettent largement aux participants d'exprimer ouvertement les difficultés, les maux qui s'imposent quotidiennement à eux et de trouver une issue pour réduire le stress, mais aussi de savoir gérer leurs sentiments qu'ils soient négatifs ou positifs. L'émergence des différents arguments sur les thèmes proposés dans ces ateliers constitue en quelque sorte un moment singulier d'expression de soi, de confiance, de distraction et d'apprentissage en commun.

Pour continuer dans ce sens, cet art demande à être accompagné, tout au long de l'exercice, d'une pédagogie non seulement du développement culturel, mais aussi du développement personnel. Ces ateliers présentent l'avantage de pouvoir inscrire directement des analyses et différentes propositions issues de la concertation du « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹⁵¹. La participation de la population lors des concertations de ce programme dans les établissements de santé s'est avérée très constructive et cela a permis le lancement des échanges sur la réflexion urbanistique liée à la santé et sur les questions culturelles liées au processus de santé du patient. Le théâtre à l'hôpital constitue une sorte de comédie constructive liée aux démarches et aux suivis de l'état de santé du patient. Il est donc nécessaire de comprendre la comédie : « *Dans la tentative de définir son statut, ces auteurs situent la comédie contemporaine à la fois par rapport à la tradition nationale et aux expériences étrangères. Ils critiquent la tendance à reprendre le théâtre romantique et larmoyant étranger à travers les traductions (Mercier, Arnaud, Beaumarchais, Koetzebue) aussi bien que les imitations (Avelloni, Gualzetti, Greppi, Gamerra), considérées comme l'une*

¹⁵⁰ Jean-Yves FLAMENT, psychologue clinicien, « *Les médiations utilisées en art thérapie* », 13 mai 2014, publié le, 28 juillet 2014 sur le site : <http://artherapievirtus.org>

¹⁵¹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

des causes principales de la décadence du théâtre comique : "L'amour pour les doctrines étrangères a changé encore et corrompu toutes les sortes de bonnes comédies". En effet la diffusion de ce genre suscitée par le besoin de nouveauté avait comporté, selon eux, l'abandon du modèle goldonien et la crise du genre comique. Car ils jugent que ces drames sentimentaux importés de France n'ont rien d'original ni d'instructif, sont souvent invraisemblables, et traitent d'arguments qui offensent et corrompent la morale. »¹⁵² Ici, il y a deux clans qui essayent de définir la comédie par rapport à la tradition nationale et aux expériences étrangères, mais « en ce qui concerne le rôle de la comédie, tous ces acteurs partagent l'idée qu'elle doit être une école utile à la société, que les parents devraient utiliser dans l'éducation de leurs enfants, une école de bons sentiments enseignant à être un bon père, un bon mari, un sujet fidèle. »¹⁵³ La profession des comédiens, selon ces différents auteurs, joue encore : « Sur le plan politique, ils considèrent comme avéré, prouvé, qu'elle peut jouer un rôle fondamental, dans la mesure où elle a pour objet, à la différence de la tragédie, les passions privées et domestiques, les défauts et les vertus des hommes et des femmes, les faits et les accidents de tous les jours. Son rôle est celui d'instruire, de plaire, de faire rire et de corriger les hommes, à travers une imitation parfaite de mœurs et la mise en ridicule des vices et passions, tout en respectant les principes fondamentaux du naturel et du vraisemblable. »¹⁵⁴

Le théâtre occupe une place prépondérante dans la société et essaie de mettre en scène la vie d'une population pour viser une communication bien ciblée. Une raison pour laquelle les grands professionnels du théâtre considèrent ce dernier « en tant qu'espace d'instruction publique et noble, selon Odescalchi, la comédie occupe une place centrale dans la vie de toutes les nations, car elle est en mesure de mieux représenter et communiquer le caractère (indole) et les passions des peuples que l'histoire : "Je m'efforcerai de montrer la civilisation qui, de cette comédie, peut sortir pour les nations, et combien celui qui gouverne les États doit avoir à cœur cette partie publique et noble de l'instruction." Il cite d'une part, l'exemple de Shakespeare et de Schiller, et, de l'autre, des auteurs du théâtre du sud de l'Europe, reflétant la nature et le caractère des peuples de leurs nations respectives : "L'art dramatique, plus que l'histoire est le vrai miroir du caractère et des passions des peuples". [...] »¹⁵⁵

Il y a encore un aspect non négligeable du théâtre joué en permanence dans les établissements de santé ou dans la politique de santé publique d'une manière générale, qui est considéré comme indispensable à la profession du comédien, c'est l'influence et la puissance de l'art envers les patients, les participants aux ateliers, les spectateurs ou la population en général. Odescalchi affirme que « le théâtre en général peut jouer un rôle politique et civil national non seulement dans l'éducation au respect de tout ce qui est honnête et à l'obéissance à l'autorité, mais aussi en poussant le peuple à l'action politique ("pousser la multitude à de nouvelles lois et de nouvelles maximes"). À ce propos, il évoque (sans en donner d'exemples) le cas des nombreux auteurs italiens qui auraient eu recours à ce pouvoir. Pour cette raison, affirme-t-il, le gouvernement devrait protéger et financer la bonne comédie en tant qu'instrument de contrôle et d'éducation du peuple. En effet, le pouvoir du Prince est

¹⁵² « L'Histoire derrière le rideau », écritures scéniques du Risorgimento, sous la direction de Françoise Decroissette, Collection « Le Spectaculaire », Presses Universitaires de Rennes, 2013, p. 67, s.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 68.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 68, s.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 69.

*garanti par des citoyens travailleurs et aisés, mais aussi partageant certaines valeurs, telles l'obéissance, la justice et l'honnêteté. »*¹⁵⁶

Il y a encore une autre vision ou plutôt un regard plus éloigné sur l'usager de l'hôpital et des lieux de soins de santé qui souligne une phase de bienfaisance dans l'exercice de l'art-thérapie. Michel Chaumont, responsable des relations publiques au Théâtre des Amandiers à Nanterre, montre que la pratique des ateliers de théâtre s'est mise en place dans des circonstances douteuses et interrogeables en faisant référence au public démuné. « *Était-ce bien la vocation du Théâtre d'accueillir un tel public ?* »¹⁵⁷, mais en se mettant dans l'exercice avec les résidents, il a vite compris que les ateliers et les créations issues de ce travail répondaient effectivement à un désir de chaque participant. Ainsi, cela montre donc que le théâtre transmet une dignité aux participants des ateliers qui ont révélé dans cette démarche une capacité d'analyse et d'intelligence dans l'œuvre finale. Un exemple qui montre pleinement que la misère n'est jamais la cause de l'extinction de l'intelligence et que cet art peut fournir au cours de l'exercice les moyens de s'exprimer avec entendement. Un petit rappel : le théâtre ne va jamais régler les problèmes des participants dans leur exclusion et leur précarité liées à la société, mais ces assises représentent un moment d'insertion et de partage pour tous : le public, l'équipe, et la vie professionnelle du théâtre. « *Pour autant la question du sens reste posée. Qu'apporte cette action aux démunis ? Est-elle durable ou au contraire éphémère ? Modifie-t-elle leur compréhension du monde et de leur propre parcours ? Au-delà de réponses probablement variables selon les personnes, nous ne doutons pas que l'expérience devrait pouvoir exister dans beaucoup d'autres hôpitaux.* »¹⁵⁸ La valeur ou le résultat de ces exercices est qu'un des participants est devenu acteur et joue actuellement dans une pièce de Jean-Louis Martinelli¹⁵⁹. Les autres participants ont l'occasion d'assister et d'être en contact permanent avec un autre monde que celui de la précarité. C'est une des raisons qui poussent le Théâtre des Amandiers de Nanterre à garder ces genres d'actions dans cette direction et à pérenniser ses partenariats, comme celui qui le lie au Centre d'Accueil et des Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre. Ce partenariat a comme objet d'« *ouvrir ses portes pour offrir, le bref temps d'une représentation, un moment de fraternité artistique, un instant de partage culturel auxquels ont droit tous les autres publics.* »¹⁶⁰

Cet art, avec son efficacité pour communiquer avec le public, montre avec persévérance qu'il est un moteur de recherche et d'informations publiques. Il se pose donc la question de savoir si ces démunis doivent avoir une plus grande compréhension globale de l'œuvre proposée dans les ateliers, ou de savoir si la pauvreté reste toujours une classe stigmatisée par les lieux de chaque représentation. Pourquoi demander un peu plus au théâtre quand il est capable de rendre visible des signes ou bien même des codes qui jusqu'alors appartiennent aux autres ? Cette interrogation a permis le lancement des prémices de ce

¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 69.

¹⁵⁷ Michel CHAUMONT, sous-directrice de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, ministère de la Santé et de la Protection sociale, « *Culture et Hôpital ; des compétences, des projets de qualité* », actes du séminaire au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, des 30 et 31 mars 2004, p. 31.

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ Jean-Louis Martinelli est né à Rodez le 3 septembre 1951. Il est un metteur en scène de théâtre. En 1977, il fonde sa compagnie appelée le théâtre du Réfectoire à Lyon. En 1987, il dirigeait le Théâtre de l'Ouest lyonnais qui devient par la suite le Théâtre du Point du Jour. Il a également dirigé pendant longtemps (1993-2000) le Théâtre national de Strasbourg puis le Théâtre des Amandiers à Nanterre de 2002 à 2013.

¹⁶⁰ Michel CHAUMONT, sous-directrice de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, ministère de la Santé et de la Protection sociale, « *Culture et Hôpital ; des compétences, des projets de qualité* », *op. cit.* p.31.

partenariat et de lever les barrières qui freinaient les actions au théâtre et à l'hôpital pour répondre à une partie des désirs des participants et des résidents du CASH de Nanterre. La misère n'élude pas l'intelligence alors que des conditions de pensée et de paroles ainsi que la gestuelle sont réunies. « *Il y eut surtout, dans ce rapprochement, l'apport essentiel de l'atelier théâtre mené par Philippe Guérin et qui aboutissait à des spectacles au sein de l'hôpital. Alors l'idée fut rapidement trouvée de proposer aux résidents du CASH de jouer en fin d'année les spectacles sur la scène du Théâtre des Amandiers. Plusieurs rencontres avec les artistes professionnels vinrent ponctuer ce travail jusqu'à la restitution d'un spectacle interprété par les acteurs du CASH aux Amandiers. Ces restitutions ne furent pas des calques des spectacles des Amandiers imposés aux comédiens, mais bien une restitution intelligible de l'œuvre.* »¹⁶¹ Tout au long de cette démarche qui est devenue indispensable dans les établissements de santé, en collaboration avec différents artistes, le résultat est que « *bien sûr, tout n'est pas réglé à cette occasion, tant s'en faut, et cette découpe dans le temps n'est pas la vie, mais représente des moments courts d'insertion humaine dans le hall du théâtre quand le public s'y trouve, dans la chaleur des salles, dans l'émotion du plateau où il faut jouer.* »¹⁶²

A] LE COMÉDIEN : COMMUNICATEUR PUBLIC POUR LES PATIENTS ET POUR LES USAGERS DE L'HÔPITAL EN MATIÈRE DE SANTÉ ET D'OFFRE DE SOINS

Pour mener à bien cette politique de santé publique, le comédien devient un communicateur public tout comme privé. Quelles sont alors les conditions que le comédien doit respecter en qualité de communicateur ? Est-il soumis à des règles bien précises ? Pourquoi est-il choisi pour assurer cette communication ? A-t-il une particularité que les autres professionnels n'ont pas ? Y a-t-il, dans cette activité, une satisfaction particulière ou recherchée chez l'artiste ?

Dans cette partie, la logique des questions paraît évidente, puisqu'il s'agit de la relation entre patients et artistes, thérapeutes, éducateurs ou infirmiers, que ces deux derniers sont parfois appelés à gérer des ateliers de théâtre qu'ils ne sont pas capables ou en mesure de manager, et qu'ils doivent tous dans leur ensemble, être soumis aux mêmes conditions que le médecin, en termes de communication. Cette dernière est un élément de base pour le suivi du soin du malade dans tout acte médical et paramédical. Il y a maintenant l'art théâtral dans les établissements de santé et ses professionnels doivent impérativement se soumettre aux règles hospitalières comme s'y soumettent le médecin et son équipe, même si, jusqu'à maintenant, la loi est restée silencieuse sur cette nouvelle démarche. Ils sont donc dans l'obligation de communiquer et d'informer le malade de tout acte artistique le concernant puisque la communication reste pour le patient interactive et est d'une importance fondamentale.

Dans le « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹⁶³ ou dans la politique de santé, le comédien est reconnu pour son talent et sa facilité de communication verbale. Elle passe par l'intermédiaire des mots qui sont largement véhiculés par l'expression orale. Dans certaines pathologies l'artiste recourt à d'autres moyens pour communiquer comme avec les patients sourds ou avec ceux qui ont des troubles des fonctions supérieures. Cela demande au

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 31.

¹⁶² *Ibid.*, p. 32.

¹⁶³ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

comédien de faire référence à des techniques de communication orale et gestuelle pour que le malade se retrouve dans un mécanisme et dans un temps d'adaptation qui permettra à l'information d'atteindre de façon satisfaisante son cerveau. À l'hôpital, lors d'un entretien médical, le médecin consacre un temps d'écoute au malade quand celui-ci doit parler et doit répondre à certaines de ses interrogations. Cela donne au médecin l'opportunité de repérer des éléments sémiologiques indispensables à la prise en charge du malade pour des activités artistiques. C'est la raison pour laquelle l'hôpital a choisi le comédien, puisqu'avec le médecin, ils ont tous les deux un jeu de rôle identique. Pendant la campagne de sensibilisation et de mobilisation, en ateliers de théâtre à l'hôpital ou en dehors de l'hôpital, le professionnel de l'art théâtral doit utiliser, lors de ses différents temps de communication orale, un langage adapté, c'est-à-dire peser les mots qu'il utilise en référence au milieu socioculturel du ou des participants, des patients et/ou des usagers. Par cet équilibre, si cela est possible, le comédien cherche en principe à utiliser des mots simples du langage pour faciliter la compréhension des participants. Il faut donc savoir si le niveau de compréhension des patients ou si leurs milieux socioculturels diffèrent d'un malade à l'autre. C'est donc au comédien de s'adapter en toute situation et en permanence. Dans la philosophie du travail, il est important que le professionnel soit assisté par le médecin traitant ou par tout autre professionnel médical disponible, pour l'aider à trouver une reformulation plus simple afin de s'assurer que le malade a bien compris la question posée ou le message véhiculé. Il tente de dire autrement une phrase ou un mot à l'aide de synonymes, pour faciliter la réception de l'information. En présence du médecin, le communicateur peut demander au patient de reprendre et d'expliquer à son tour ce que l'artiste lui a donné comme information pour vérifier surtout si le patient a bien saisi les questions sur ses symptômes, sa maladie, sa problématique et/ou les mesures thérapeutiques envisagées.

Encore une fois, le comédien est bien socialisé dans ce programme, sa magie de communication non verbale est précieuse envers ce public. Il est tout à fait certain que le mot, dans la relation humaine, ne constitue qu'une faible part de l'information véhiculée. Ce qui tient beaucoup plus à la communication, c'est l'intonation, le silence, la gestuelle, les différentes modulations, le rythme de la conversation, la mimique, le regard ou tout autre moyen utilisé en prenant en compte la personne à qui l'on s'adresse. Toutefois, le comédien doit demander des informations au médecin traitant avant d'entamer toute conversation avec le patient afin d'éviter que son message non verbal soit différent de ce que le médecin traitant aurait donné comme message verbal. Lors des échanges dans les ateliers de santé par le théâtre, le patient peut transmettre ou communiquer avec l'artiste en faisant usage de son niveau de langage, de sa problématique, mais aussi de ses bases socioculturelles, de ses émotions et de son angoisse. Sans ces éléments, le malade ne communiquerait pas vraiment sur la réalité de sa plainte ou de sa souffrance. Une fois le cas présenté, le comédien doit par sa technicité, tenir compte de ces éléments pour mettre en place un climat d'échange pour écouter, interpréter, décoder le langage du malade et pour comprendre ce que ce dernier considère comme son message sans le minimiser. Souvent, le patient prend confiance et transmet son message au cours de l'exercice.

Le dirigeant de l'assise théâtrale est tenu d'avoir une faculté d'empathie envers ses participants. Si le patient est traité avec empathie, amour, affection, compassion et même avec compréhension, son état de santé s'améliore petit à petit et il retrouve progressivement ses

capacités de fonctionnement ainsi que ses facteurs d'épanouissement. À ce niveau, apparaît la notion d'interculturalité entre l'artiste qui est en quelque sorte le soignant et le patient qui est la personne soignée. Chacun d'eux a sa culture et le comédien, grâce à son pouvoir d'écoute, respecte les désirs et les avis du patient sans trop exercer de pression pour donner son point de vue ou pour avancer des propos qui seraient refusés par le malade. Il est conseillé d'être souple, d'avoir confiance en soi, d'avoir une maîtrise de soi, une connaissance de soi, une rigueur, un sens des responsabilités, mais aussi d'adapter un comportement à chaque situation et aux spécificités du participant à l'atelier comme à sa maladie et à son entourage.

Dans la politique de santé publique, les ateliers de santé doivent être décentralisés dans les places publiques, les villes ou les centres communautaires qui constituent les lieux de proximité pour la réalisation de cette politique de santé. Ce sont les lieux de tension entre approche ascendante ou descendante, de contact très opérationnel en matière de politique de santé et de mesure de l'enjeu pour parvenir à un équilibre entre les dynamiques locales, départementales, régionales et les éléments d'une politique nationale. Tout cela entrera dans le cadre des légitimités qui existent ou qui s'accordent au niveau des territoires des Conseils départementaux pour l'action sociale ou sur le plan de l'organisation des soins ou encore sur le plan des territoires des politiques de santé locales menées par les élus locaux. Sur le plan de la politique de santé publique, la démarche des ateliers de théâtre peut être articulée sur les mêmes principes que ceux des ateliers de santé de ville et les différents contrats urbains de cohésion sociale. Ces ateliers constituent en soi un espace de construction de la démocratie sanitaire. La décentralisation des ateliers de santé permet de résoudre les problématiques existant dans le domaine de la santé publique d'une part, et, d'autre part, de prévoir les modalités de mise en œuvre de la santé pour tous.

1) Communication de santé : moyen de mise en œuvre d'une santé pour tous

Pour faire progresser la culture de santé accompagnée par le théâtre à l'hôpital, pour que chaque patient fasse lui-même le bon choix de façon autonome, le procédé et la stratégie du « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹⁶⁴ nécessitent une double approche qui est à la fois individuelle et collective. Cette méthode permet de communiquer avec le grand public sur les différents enjeux de santé publique, tout en faisant aussi la promotion de la politique de santé, avec une communication ciblée, sur des publics déterminés et/ou prioritaires en les sollicitant en masse pour avoir des comportements bien déterminés visant une santé meilleure.

Il est donc question dans l'hypothèse de la mise en œuvre de la santé pour tous, de mettre en évidence des problématiques de santé de chaque classe sociale, dans la démarche des campagnes de sensibilisation de la politique nationale de santé. Le comédien doit en principe suivre les normes publicitaires mises en place par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)¹⁶⁵, raison pour laquelle les activités du comédien dans les campagnes publicitaires doivent être supervisées par un spécialiste du domaine. L'artiste dans sa profession ne doit pas communiquer pour faire de la publicité, il est plutôt tenu de faire

¹⁶⁴ *Ibid.*

¹⁶⁵ L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé est un établissement public administratif (EPA) français, créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et placé largement sous la tutelle du ministère chargé de la Santé publique. Il s'est créé à partir de la transformation du Comité français d'éducation pour la santé auquel il se substitue jusqu'en 2016, année où l'Agence nationale de santé publique reprend ses missions.

l'inverse : de la publicité pour communiquer. Une des analyses de cette recherche montre que les professionnels de la promotion et de l'éducation pour la santé reprochent souvent à la communication de santé d'être une solution de facilité. Leur reproche se base sur l'absence de propositions de solutions globales répondant aux mesures sanitaires. Auparavant, les pouvoirs publics avaient recours aux publicitaires, pourtant tout le monde sait qu'il ne suffit pas de faire des affiches ou des prospectus ou d'en parler dans les médias ou les lieux publics pour qu'un risque soit évité partiellement ou totalement. Le recours au comédien crédibilise le métier du théâtre à l'hôpital puisque ses ateliers inventent une autre façon de communiquer avec le public en respectant les dispositifs sanitaires.

Il est loisible de savoir comment sont conçues les campagnes publicitaires permises par le pouvoir public et signées par l'INPES. Existe-t-il dans ce dispositif des principes et des objectifs particuliers ? Y a-t-il un lien entre les compagnies de théâtre et l'INPES ? Quelles sont leurs limites ? Comment évaluer ce dispositif dans la campagne de communication de santé ?

En répondant à ces interrogations, différents artistes proposent des sketches selon le thème proposé pour attirer l'attention du public en proposant de communiquer avec ce dernier dans une démarche de démocratie participative. La publicité médiatique n'est certainement pas vaine, mais il faut savoir que si les marques en usent et en abusent en même temps, cela aura des incidences sur les comportements des patients ou des usagers en général. Il n'est pas question ici de se résigner et de laisser le champ libre aux médias puisque ces derniers sont connus pour être des sociétés marchandes. Il serait beaucoup plus stratégique d'associer les médias et de les responsabiliser dans la diffusion de ces ateliers de théâtre, bien accompagnés par les professionnels de santé, pour toucher au maximum le public visé. Pourquoi ne pas répondre directement ou indirectement aux industries du tabac par exemple ou de l'alcool ainsi qu'à celles de l'agroalimentaire, sur leur propre domaine de compétence ? Il faut donc placer le théâtre sur la technique du marketing et de la communication pour que le service de la santé utilise des techniques éprouvées pour la promotion. Pourquoi ne pas mettre en place une politique qui donne envie de prendre soin de sa santé ? Certes les marques donnent envie d'acheter, mais le théâtre à son tour donne envie d'écouter. Il n'est pas question de s'adresser au grand public pour lui parler de sa santé comme le font les entreprises pour lui vendre des produits. Il suffit que le théâtre mette en place un modèle de comportement bien structuré pour qu'il devienne à la mode ou pour inviter le public à l'imiter. Le public ou les usagers doivent avoir une forme de conscience – voire de remise en question de procédés, et/ou de responsabilisation avant même de prendre une décision. En se référant à la vente, quand il n'y a rien à vendre, il faut imaginer d'autres dynamismes que la séduction pour inciter ou pour attirer l'attention du public. C'est dans ce sens que la communication de santé publique doit toujours s'appuyer, de près ou de loin, sur une connaissance solide de sa cible et envisager des représentations publiques et mettre en place les possibles leviers d'action dans ces ateliers. Les associations et les compagnies de théâtre, actuellement acteurs de santé publique, doivent impérativement collaborer avec l'INPES qui veille toujours à l'articulation des campagnes de prévention en partenariat avec d'autres acteurs de l'éducation pour la santé et mettre enfin en lumière la nouvelle politique de santé du « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹⁶⁶. Les ateliers

¹⁶⁶ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

de théâtre à l'hôpital font la promotion de la santé en impliquant les différentes approches scientifiques et développent largement des méthodes rigoureuses. Ces séances de théâtre étant un procédé artistique et culturel, elles peuvent participer à l'information et la communication selon l'article 7 de la Déclaration de Fribourg : « *Dans le cadre général du droit à la liberté d'expression, y compris artistique, des libertés d'opinion et d'information, et du respect de la diversité culturelle, toute personne, seule ou en commun, a droit à une information libre et pluraliste qui contribue au plein développement de son identité culturelle ; ce droit, qui s'exerce sans considération de frontières, comprend notamment :*

a. la liberté de rechercher, recevoir et transmettre les informations ;

b. le droit de participer à une information pluraliste, dans la ou les langues de son choix, de contribuer à sa production ou à sa diffusion au travers de toutes les technologies de l'information et de la communication ;

c. le droit de répondre aux informations erronées sur les cultures, dans le respect des droits énoncés dans la présente Déclaration. »¹⁶⁷

Cette nouvelle stratégie de savoir-faire artistique imposée par le théâtre et véhiculée dans une démarche communicative implique nécessairement le consentement éclairé du patient qui est une des conditions indispensables au soin du malade et à l'éthique médicale actuelle. C'est un droit du patient lié à la prise de décision au sujet des soins de santé le concernant. L'obligation de prévoir le consentement éclairé dans les ateliers de théâtre est importante et éclaire le processus à suivre pour bien informer le patient de son état de santé et des démarches envisagées. La technique du « bien communiquer » n'est absolument pas à la portée du professionnel de santé ou de tout le monde. C'est un moyen qui demande une aptitude particulière, développée grâce à des efforts conscients et beaucoup d'assiduité comme dans le travail de l'artiste de théâtre. Les grands obstacles liés à la bonne communication entre soignant et soigné viennent des différences de langue et de culture. La plupart du temps, si le médecin et le patient ne parlent pas la même langue, il est indispensable de faire appel à un interprète spécialisé et malheureusement les hôpitaux ne disposent pas forcément d'interprètes qualifiés et le médecin se voit dans l'obligation d'avoir recours à un spécialiste extérieur à l'hôpital. En dehors de la langue, la culture constitue aussi un obstacle et pose des difficultés de communication supplémentaires. En prenant par exemple les différentes interprétations de la nature et des causes d'une maladie quelconque, le patient peut ne pas comprendre le diagnostic du médecin et le choix du traitement envisagé par ce dernier. Ainsi, la plupart du temps, le médecin est tenu de chercher par tous les moyens à tester la compréhension du soigné sur les questions relatives à sa santé et à sa guérison afin de lui faire prodiguer ses conseils de la meilleure façon possible. Le comédien épaulé le médecin dans sa prise de décision par d'éventuels gestes de communication. Il a dans son champ de travail plusieurs styles de communication que le médecin n'est pas forcément en mesure de connaître. Surtout quand il s'agit de parvenir au consentement du patient, la technique du professionnel de santé et celle de l'artiste diffèrent l'une de l'autre, raison pour laquelle ce consentement éclairé fera l'objet d'une partie très développée de cette recherche dans le deuxième chapitre de cette partie.

¹⁶⁷ « *Les droits culturels, Déclaration de Fribourg* », *op. cit.*, pp. 7-8.

a) La conférence internationale de 1978 à Alma Ata au Kazakhstan

La conférence internationale du 12 septembre 1978 à Alma-Ata (act. Almaty) au Kazakhstan sur les soins de santé primaires est appelée couramment la Déclaration d'Alma-Ata de 1978. Sa philosophie est révolutionnaire parce qu'elle propose une approche de la santé fondée sur les droits à de nouvelles politiques durables. Les travaux de cette rencontre considèrent les soins de santé primaires comme étant la clé ou la voie de la réduction des inégalités en matière de santé publique ou privée entre les pays et proposent d'atteindre les objectifs de la santé pour tous à l'horizon 2000. La Déclaration¹⁶⁸ demande fermement des mesures d'urgence au plan national et international, et de mettre rapidement en place des actions très efficaces pour développer les soins de santé primaires dans le monde entier, plus particulièrement dans les pays en voie de développement. La Déclaration¹⁶⁹ détermine les soins de santé primaires comme étant des soins de santé essentiels qui doivent être développés sur la base d'interventions scientifiquement éprouvées. Les États doivent rendre ces services universellement accessibles à tous, individuellement ou familialement, pour un coût que la communauté et les différents pays peuvent assumer dans leur ensemble.

La Déclaration¹⁷⁰ d'Alma-Ata appelle ouvertement les gouvernements à transposer le texte en élaborant de nouvelles politiques nationales visant à introduire les droits à la santé et les soins de santé primaires dans leur système national de santé. Elle s'impose aux différents acteurs de santé son texte : « *Soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.* »¹⁷¹ Les nouvelles politiques ordonnées par cette Déclaration¹⁷² doivent impliquer toute personne – individuellement ou collectivement-, ainsi que toutes les classes sociales. Une de ses dispositions affirme que « *Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.* »¹⁷³

Les soins de santé primaires indiqués dans les nouvelles politiques nationales devraient comprendre des éléments complémentaires :

- une éducation concernant les problèmes de santé ;
- la prévention et le contrôle des endémies locales ;
- une nutrition adéquate ;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
- des soins de santé maternelle et infantile ;
- des mesures d'assainissement de base ;
- un approvisionnement suffisant en eau salubre ;
- le traitement des maladies et blessures courantes ;
- la fourniture de médicaments essentiels.

¹⁶⁸ Conférence internationale du 12 septembre 1978 à Alma-Ata au Kazakhstan, Organisation mondiale de la santé.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ *Ibid.*

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ *Ibid.*, Disposition IV^e.

Cette rencontre des professionnels et des hommes politiques insiste sur l'importance des soins de santé communautaires qui reflètent beaucoup plus les conditions et les normes économiques ainsi que les caractéristiques socioculturelles, mais aussi sur la mise en place d'un système de santé offrant des services complets aux patients et aux personnes qui en ont le plus besoin, tels que les plus marginalisés ainsi que les plus pauvres.

Il est important de retenir que la même Déclaration¹⁷⁴ d'Alma-Ata a confirmé dans la disposition première, la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé et la lie à un objectif social : « *I. La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.* »¹⁷⁵

C'est dans la septième disposition qu'un appel pour les soins de santé primaires est lancé en long et en large dans tous les domaines concernés. C'est à travers cette règle que le comédien trouve implicitement sa place dans la nouvelle politique dans la présente Déclaration. L'artiste étant un citoyen acteur de la vie socioculturelle, répondant à certaines conditions économiques, il se voit considérablement impliqué dans la démarche et la réussite de cette nouvelle politique des soins de santé primaires. Il met dans sa profession le jeu de rôle pour avancer incontestablement des solutions pour de grandes problématiques de santé dans la société. Le jeu d'acteur proposé par le comédien dans ses ateliers implique tous les citoyens dans l'éducation, l'information et la communication de santé comme il a été bien souligné dans ce texte, à tous les paragraphes. « *Les soins de santé primaires :*

- *reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;*

- *visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;*

- *comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;*

- *font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;*

- *exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au*

¹⁷⁴ Conférence internationale du 12 septembre 1978 à Alma-Ata, *op. cit.*

¹⁷⁵ *Ibid.*, Disposition I^{ère}.

contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;

- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;

- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé – médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels – tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité. »¹⁷⁶

b) La Charte d'Ottawa de 1986¹⁷⁷

La Charte adoptée à Ottawa le 21 novembre 1986 en vue de soutenir et de contribuer à la réalisation des objectifs de la santé pour tous projetée jusqu'en 2000 et au-delà, est issue de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. La Charte¹⁷⁸ est inspirée par l'attente du nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde en prenant comme point de départ les objectifs et les missions de la Déclaration¹⁷⁹ d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires ainsi que d'autres buts fixés par l'Organisation mondiale de la santé. Dans la même façon, la Charte reste dans les actions et dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous. Elle envisage trois grands axes développés en sous-parties et ces différentes parties impliquent de près ou de loin les acteurs de santé dans les actions de la santé pour tous. Il s'agit dans ces trois grands axes

- de la promotion de la santé :
 - des conditions indispensables à la santé ;
 - d'un plaidoyer pour la santé ;
 - de la mise en place des moyens ;
 - de la médiation ;
- des actions pour promouvoir la santé :
 - de l'élaboration de politiques pour la santé ;
 - de la création d'environnements favorables ;
 - du renforcement de l'action communautaire ;
 - de l'acquisition d'aptitudes individuelles ;
 - de la réorientation des services de santé ;
- de la marche vers l'avenir :
 - de l'engagement à l'égard de la promotion de la santé ;
 - de l'appel pour une action internationale.

Dans ces trois grands axes de la présente Charte, tout est important, mais quelques parties retiennent plus l'attention de cette recherche puisque leurs mises en œuvre demandent

¹⁷⁶ *Ibid.*, Disposition VII^e.

¹⁷⁷ Charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986 et validée par l'OMS.

¹⁷⁸ *Ibid.*

¹⁷⁹ Conférence internationale du 12 septembre 1978 à Alma-Ata, *op. cit.*

l'effort de tous, y compris les artistes, en particulier les professionnels du théâtre, les thérapeutes, les éducateurs, les politiques, les patients et usagers ainsi que le corps médical et paramédical. Ici, le rôle de l'acteur de théâtre dans ses ateliers de santé est de faire en sorte que la question de la promotion de santé reste un objectif personnel et incite davantage les individus à garder la maîtrise de leur propre santé et les encourage à participer et à fournir les moyens de l'améliorer. Il doit dans les exercices de ses assises faire comprendre aux participants que « *pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe doivent pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.* »¹⁸⁰ À travers les échanges des ateliers de santé dans le théâtre, la santé, d'une manière générale, est donc comprise comme un principe de la vie quotidienne et apporte des valeurs du bien-être complet de l'individu. Toutes ces animations artistiques entrent dans le cadre de la sensibilisation et de la communication d'une nouvelle politique de santé pour les malades et/ou les participants des ateliers tout comme le grand public. Le comédien doit, en restant sur ses principes, inviter le public ou l'individu à faire partie de l'évolution de la santé qui est une ressource pour tous les facteurs de développement tels que la culture et d'autres vecteurs, comme il a été bien souligné dans la partie « *plaidoyer pour la santé : La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs – politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques – peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.* »¹⁸¹

Le comédien, dans sa profession théâtrale, joue un rôle très considérable dans le domaine de la santé, il est en quelque sorte un « *médicateur* » ou un médiateur entre le professionnel de santé et le malade. Il met à la disposition du médecin un passage qui lui permet de bien comprendre son patient et ce dernier arrive à son tour à bien cerner les examens envisagés par son médecin. L'art théâtral montre que le secteur de la santé ne peut, en aucun cas, à lui seul, assurer le bien-être de l'être humain sans l'intervention de certains médiateurs et certains bénévoles comme le comédien pour mener à bien la promotion de la santé. La présente *Charte* précise que « *La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.*

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques. »¹⁸²

¹⁸⁰ Organisation Mondiale de la Santé, Europe Promotion de la Santé, Charte de l'Ottawa de 1986, premier axe : promotion de la santé.

¹⁸¹ *Ibid.*, premier axe : promotion de la santé, 2^e partie.

¹⁸² *Ibid.*, premier axe : promotion de la santé, 4^e partie.

« La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques. »¹⁸³ La dramathérapie dans la politique de santé donne une vision écologique globale et stratégique pour la promotion de la santé en mettant tous les partenaires et les hommes ou les femmes dans une même balance en les considérant comme égaux. Elle tient compte des valeurs morales et sociales du patient ou de tous les participants pour bien envisager la directive politique de santé à mettre en place.

2) La politique du dépistage et de la vaccination

Jadis, plusieurs artistes participaient de près ou de loin expressément ou tacitement à la politique de santé pour mener à bien les démarches de dépistage et de vaccination. Une grande partie de ces artistes fréquentaient des professionnels de santé pour s'informer de certaines connaissances de la médecine que ce soit d'une maladie ou d'une épidémie. À l'exemple de Molière qui disposait d'une grande culture médicale, largement transmise probablement par certains de ses amis proches du domaine médical comme Jean Armand de Mauvillain et François Bernier, tous deux médecins très réputés « et qu'ils l'ont sans doute complaisamment informé ; mais il a pu, en outre, observer les mœurs et les usages médicaux du temps durant des années, et enfin, comme le suggère Georges Couton, consulter un livre souvent édité au XVII^e siècle à l'usage des étudiants en médecine, Les Œuvres de La Framboisière (*Œuvres complètes de Molière, Bib. La Pléiade, t. II, p. 1076*). De sorte que son approche comique de la médecine est fondée sur une information riche et dominée, et qu'il prend soin de respecter scrupuleusement la cohérence des symptômes médicaux évoqués : dans *Monsieur de Pourceaugnac, le lumineux galimatias du Premier Médecin (I, 8) est en fait une description clinique fort rigoureuse de l'hypocondrie, selon la science médicale du temps. Seule la mécanisation satirique du discours peut tromper le lecteur moderne et le laisser croire à un jeu farcesque gratuit.* »¹⁸⁴

Dans cette politique de sensibilisation, le théâtre joue deux rôles très importants : d'une part, faire comprendre aux malades ou à toute personne l'importance du dépistage et de la vaccination et, d'autre part, faire évoluer quelques pratiques médicales. Au XV^e siècle, des médecins et d'autres professionnels médicaux pratiquaient la saignée (ou phlébotomie) qui est un terme très ancien désignant un prélèvement sanguin traditionnellement pratiqué sur un malade afin d'améliorer son état de santé. Ce prélèvement a été pratiqué à l'aide des coupelles chauffées placées sur le corps du malade afin de recueillir son sang. Cette pratique occupait une place prépondérante parmi certaines pratiques thérapeutiques. Après une longue période

¹⁸³ *Ibid.*, deuxième axe : action pour promouvoir la santé, 4^e partie.

¹⁸⁴ Médecine et médecins, consulté sur le site : <http://www.toutmoliere.net/medecine-et-medecins.html>, le 9 septembre 2017.

de critique médicale, cette méthode de prélèvement sanguin a connu une évolution vers le dépistage. Cette dernière pratique a connu un grand succès au mois de juin 1981 avec la description des cas de pneumocystose pulmonaire et qui marque le début de l'épidémie du sida à Los Angeles.

Cette date symbolise ouvertement un événement historique puisque l'épidémie fait toujours des millions de victimes et elle est le point de départ de bouleversements scientifiques et politiques, mais aussi beaucoup plus sociaux. Plusieurs classes sociales et des institutions s'intéressent à la question. « *Le premier article paru dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire des Centers for Diseases Control américains représente déjà toute une série d'événements extraordinaires. Ces événements découlent d'une curiosité scientifique : la découverte de cas de pneumocystose chez des homosexuels masculins. La pneumocystose est une maladie infectieuse pulmonaire dite "opportuniste". Cela veut dire que la pneumocystose est un germe que nous portons en nous, mais qui a l'opportunité de se développer lorsque les défenses naturelles de l'organisme sont diminuées. Cette maladie opportuniste était parfaitement connue chez les sujets porteurs d'une greffe ou ayant subi une chimiothérapie, en tout cas des malades ayant un système immunitaire détruit artificiellement par l'administration de médicaments.* »¹⁸⁵ Des patients atteints de pneumocystose n'ont pas reçu de médicaments et sont restés en bonne santé. L'identification de ces anomalies scientifiques très critiques constitue le point de départ d'une nouvelle politique de santé publique et d'un regard ou d'une surveillance épidémiologique qui a atteint un niveau de développement très important durant une période de vingt-cinq ans. Des milliers d'Africains sont morts de ce qui sera appelé quelques années après le sida. Il est donc resté un « *révélateur social* » comme il a été mentionné dans l'article de François Bourdillon et Alain Sobel, des *Tribunes de la santé* : « *Le sida, "révélateur social" selon la fameuse expression de Daniel Defert, est, dès sa première description, un révélateur des inégalités devant l'histoire, devant la science, devant le soin, devant la vie.* »¹⁸⁶

Socialement, la maladie est devenue critique et marginale, les populations s'inquiètent de la maladie et des institutions de santé publiques et privées ainsi que des bénévoles se mobilisent pour éradiquer cette maladie. Le test de dépistage devient la stratégie adéquate pour identifier le virus et aussi pour repérer toute personne déjà infectée par ce qu'on appellera un peu plus tard le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), mais aussi celles qui sont déjà atteintes du sida, définies cliniquement malades, avec un déficit immunitaire évolué et une espérance de vie très brève.

Des campagnes de sensibilisation au test de dépistage sont mises en place, mais la démarche était très difficile et empreinte de doutes au risque de se dévoiler devant la médecine et la société. Il a fallu donc travailler sur le terrain pour gagner la confiance de la population et de toute personne malade. Un appel à l'éloquence, à l'art et à la médiation est lancé pour convaincre et faire savoir le danger de la maladie afin de vaincre l'épidémie. Les malades retrouvent peu à peu confiance dans l'appel des artistes comme dans le domaine de la musique, de la peinture, du théâtre et d'autres. Des sketches donnant des explications et des informations sur la maladie du sida se sont mis en place dans tous les pays pour faciliter le

¹⁸⁵ François BOURDILLON, Alain SOBEL, « *L'épidémie de sida : le temps des transformations* », Les Tribunes de la santé 2006/4 (n° 13), p. 53-67, p. 2.

¹⁸⁶ *Ibid.*, p. 3.

test de dépistage. Ce test permettra une évaluation épidémiologique et de cerner au final l'ampleur du problème posé et l'importance d'investir politiquement et socialement.

Le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Organisation mondiale de la santé et la lutte contre le VIH/sida, la Sidaction, et d'autres institutions approuvent et financent le programme de l'art théâtral dans les actions de prévention du sida. Un guide pratique à l'attention des intervenants dans la politique de la lutte contre le sida par le biais du théâtre a été élaboré par une association québécoise sous l'intitulé « *Les enjeux du VIH/sida ici et dans les pays en développement.* »¹⁸⁷

Cette association précise clairement que « *ce document, accompagne la pièce de théâtre Sang bon sang et s'inscrit dans le cadre du projet sur les enjeux du VIH/sida ici et dans les pays en développement mis en œuvre par l'Association québécoise des organismes de coopération internationale (AQOCI) grâce à l'appui financier de l'Agence canadienne de développement international (ACDI).* »¹⁸⁸

La dramathérapie peut apporter d'autres éclairages à cette maladie comme il a été bien souligné par le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) précisant que « *face à cette pandémie, la prévention demeure actuellement le meilleur des vaccins. Parmi les stratégies de prévention les plus utilisées en Afrique figurent le théâtre qui est un outil pédagogique efficace, permettant de véhiculer plusieurs sortes de messages en direction de cibles variées. C'est pourquoi, depuis quelques années, la plupart des ONG, associations et institutions de développement utilisent avec succès le théâtre pour organiser des campagnes de sensibilisation sur le VIH/sida.*

Employé à bon escient, le théâtre peut en effet constituer un puissant outil d'éducation, de sensibilisation et d'information. Mais mal utilisé, il peut accroître le rejet et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH ou affectées par la maladie, ou même véhiculer de fausses informations. D'où l'importance de ce présent manuel, qui fournit à la fois des informations de base sur le VIH/sida et sur l'utilisation efficace du théâtre comme technique de sensibilisation et de discussion sur les aspects sociaux, psychologiques et économiques du VIH/sida.

Destiné aux ONG, aux associations et à ceux qui encadrent toutes les personnes, notamment les jeunes, qui utilisent ou non le théâtre comme un outil de communication pour la prévention de l'infection à VIH, le manuel participe à la promotion de l'emploi du théâtre dans le cadre d'une stratégie d'éducation préventive en matière de VIH/sida. »¹⁸⁹

Les pièces théâtrales sur le sida paraissent sur les scènes internationales, mais aussi sur les places publiques. Des ateliers de théâtre dans les centres hospitaliers se propagent et les patients se confient de plus en plus aux professionnels médiateurs de cet art dramatique.

La nouvelle démarche engagée par les organismes œuvrant dans la lutte contre le VIH/sida en partenariat avec les compagnies de théâtre montre une évolution considérable sur les connaissances scientifiques et artistiques issues des transformations induites par l'épidémie sur les différentes sociétés, ainsi que par des stratégies politiques mises en œuvre.

¹⁸⁷ Association québécoise des organismes de coopération internationale – AQOCI, « *Outil pédagogique complémentaire à la pièce de théâtre « Sang bon sang »* », janvier 2011.

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ Projet UNESCO/ONUSIDA, « *Sida et théâtre* », Comment utiliser le théâtre dans le cadre de la réponse au VIH/sida ? ; Manuel pour les groupes de théâtre, « *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida* », Bureau régional de l'UNESCO pour l'éducation en Afrique, juin 2003. p. 6.

Il est à retenir que cette évolution (ou transformation) n'a jamais été progressive, raison pour laquelle en 1996 le Conseil national du sida prendra quelques mois à le définir, le décrire et l'analyser et aussi à l'interpréter. Par l'influence de certaines pièces théâtrales en proximité du public et dans les médias, le changement devient considérable puisqu'avant 1996 le sida était connu comme une maladie tragique, régulièrement mortelle, principalement transmise par le sexe et par le sang, portant un pavillon de mort et d'angoisse sur une population vulnérable, mobilisant surtout des professionnels médicaux dévoués, souvent même épuisés et découragés par leurs impossibilités. Grâce aux échanges des patients dans les ateliers de théâtre à l'hôpital et dans d'autres établissements de soins, et avec l'aide des campagnes des médecins dans les médias, la maladie devient après 1996 une maladie chronique grave avec des traitements complexes, sous une prise en charge très spécialisée et hyperscientifique. Le théâtre provoque un tournant dans la politique du dépistage du sida par sa stratégie d'analyse des enjeux sociaux et mêmes politiques. Il est de même un moyen d'informer le public et le patient ou les participants des ateliers sur toutes les formes de retombées de l'épidémie, sur les méthodes ou les pratiques de soins envisagés. L'art dramatique devient accessible à tous et en Afrique, il est pratiqué dans une forme de cercle, le public entoure les acteurs, les spectateurs gardent le silence en écoutant attentivement les informations divulguées sur la nouvelle représentation sociale, sur les politiques sanitaires émergentes, sur toutes les conséquences possibles d'une maladie dramatique comme le sida ainsi que sur les succès et les échecs thérapeutiques envisageables.

Dans cette partie de sensibilisation à la politique de dépistage, le théâtre ouvre un débat et une série d'interrogations était dans l'arène. Il y avait non seulement des questions médicales, mais aussi sociales et politiques parmi lesquelles trois facteurs importants y contribuent de plus en plus :

- la défaillance médicale qui par conséquent favorise la prévention comme unique moyen inscrit dans le programme de la lutte ;
- la mobilisation massive des acteurs, principalement les malades, comme étant autoresponsables de leur vie et acteurs indispensables de leur propre traitement ;
- le dispositif politique et administratif pour déposer un recours.

Quelques questions très importantes ont été soulevées largement dans le projet UNESCO/ONUSIDA, pour faciliter la compréhension des comédiens et leur permettre de fournir des informations fiables. « *La première partie du présent manuel vise à améliorer le niveau de connaissance des groupes de théâtre en matière de VIH/sida. Cette première partie comporte six grands chapitres :*

- *Quelle est la situation du VIH/sida dans le monde et en Afrique subsaharienne ?*
- *Quelles sont les causes et manifestations du VIH/sida ?*
- *Quels sont les facteurs favorisant la transmission du VIH/sida ?*
- *Que dois-je faire pour me protéger du VIH/sida ?*
- *Quel est l'impact du VIH/sida ?*
- *Quels types de réponses contre le VIH/sida ? »¹⁹⁰*

Tous ces engagements ont suscité de 1985 à 1995 des politiques sanitaires publiques et sociales ouvertement liées ou adaptées à cette épidémie transmissible principalement par le

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 10.

sang et par le sexe. La société a été condamnée ou mise au défi de donner des réponses à cette maladie alors même qu'il n'existait toujours pas de traitements possibles. Avant 1996, les dramaturges orientaient leurs textes dans un contexte explicatif aux différents publics, en les rassurant sur le fait que le dépistage de la maladie du VIH présentait plusieurs intérêts pour la société tels que : avoir une connaissance générale de l'épidémie pour bien la combattre et surtout pour mieux cibler les directives des campagnes de prévention, assurer et assumer certains actes des professionnels médicaux comme la transfusion sanguine ainsi que permettre aux établissements de santé de répondre aux interrogations des personnes à risque qui souhaitent évaluer leur santé et donner une projection de leur avenir et garder l'espoir. Dans les répliques des acteurs, il y avait le principe de faire savoir que le dépistage ne permettait en aucun cas de procéder à un tri entre deux populations, l'une contaminée et condamnée à part et l'autre non contaminée à l'abri. « *Un grand nombre de personnes ayant des comportements à risque sont venues nous dire qu'elles ne souhaitent pas être dépistées. Pratiquant le sexe sans risque, elles ne mettaient en danger ni autrui, ni elles-mêmes, mais ne pouvaient pas assumer l'angoisse d'une mort annoncée. Cette attitude était légitime et acceptable avant 1996.* »¹⁹¹

Par l'influence des femmes actrices jouant le rôle d'une femme infectée par le VIH/sida dans les ateliers de théâtre, les apports de ce dernier dans la politique de dépistage deviennent effectifs et significatifs, incitant une prise en charge médicale. Elle devient alors un parcours de suivi de soin médical et thérapeutique adéquat permettant un contrôle médicamenteux de l'infection grâce aux multithérapies. « *La nouvelle situation de l'acte médical est également caractérisée par le retour de la morale dans la pratique sous l'effet de la pression de la souffrance. Cette souffrance présente la souffrance de la mort rapprochée, des interdits sexuels de la société en rupture, de la maladie épuisante. L'intensité de la souffrance est encore majorée par le caractère transmissible de la maladie. La souffrance est devenue en quelque sorte contagieuse, entraînant des processus d'identification très forts au sein de l'équipe soignante. L'"injustice" y est perçue avec d'autant plus de violence que la logique de la contagion est plus rigoureuse. Contrairement au caractère aléatoire de la souffrance en cancérologie, il s'agit ici d'une souffrance induite par un vécu quotidien, la part la plus personnelle, la plus intime du comportement social. La souffrance augmente les risques de rejet et d'exclusion des personnes malades. C'est la porte ouverte à l'humiliation en plus de la souffrance.* »¹⁹² Dans cette situation, les participants aux ateliers de théâtre demandaient une mesure de protection sociale de l'individu infecté, attachée à la nécessité d'un énorme verrouillage du secret professionnel médical. Dans cette optique, une transformation due aux séances de dépistage est évidente et elle peut schématiquement être considérée comme une conséquence sur la pratique des soins du patient, mais aussi sur l'organisation des soins et du système de santé. Il est clair que « *La loi "Droits des malades et qualité du système de santé", dite loi Kouchner, la sécurité sanitaire, les nouvelles formes d'organisation des soins doivent beaucoup à l'épidémie de sida.* »¹⁹³ Les angoisses des malades participant aux démarches théâtrales et leurs soucis médico-sociaux trouvent un appui dans l'article de François Bourdillon et Alain Sobel, de *Tribunes de la santé* : « *Il n'y a*

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 7.

¹⁹² *Ibid.*, p. 8.

¹⁹³ *Ibid.*, p. 7.

pas de possibilité d'écoute, de prévention, de neutralité, sans un secret professionnel absolu issu d'une confidentialité contractuelle. Ce secret professionnel pose d'immenses problèmes de fonctionnement social. Mais il réinvestit le praticien d'un rôle en partie abandonné, augmentant considérablement son pouvoir médical. Il est très symboliquement au centre du dispositif de dépistage "anonyme et gratuit". Ce contrat de confidentialité passé entre le médecin et le consultant surresponsabilise les partenaires et les éloigne des mécanismes sociaux de recours. Dans ces conditions, on ne peut s'étonner qu'il s'agisse de la première maladie à pronostic fatal où l'on dise la vérité au patient. »¹⁹⁴

Les démarches d'art dramatique participent dans la santé publique et l'épidémiologie sur des bases de connaissances médicales et encouragent fortement les soignants à jouer un rôle d'éducateur, d'informateur, de formateur et d'acteur beaucoup plus social, en dehors de son domaine médical.

Les professionnels de l'art théâtral trouvaient également une place dans la politique de vaccination, un travail très sensible et très attendu par la société. Cette politique consistait à faire comprendre à toute personne participant aux ateliers de théâtre en santé publique ou en santé privée que la vaccination est un moyen de prévention comme d'autres, mais elle reste la plus efficace. Les assises du théâtre à l'hôpital et dans les lieux publics deviennent l'agora de la démocratie participative. À la fin du spectacle, le public participait dans une séance de partage de certaines problématiques soulevées dans la pièce. À l'exemple des maladies provoquées par le moustique comme la filariose¹⁹⁵ ou le paludisme qui « *se transmet par un parasite se propageant par la voie d'une piqûre de l'insecte sur l'homme* »¹⁹⁶ ou d'autres maladies transmises de l'homme à l'homme, de l'animal à l'animal (d'épizootie¹⁹⁷) ou de l'animal à l'homme (de zoonose¹⁹⁸). Il s'agit donc des maladies infectieuses par la transmission d'un micro-organisme tel qu'un champignon, un virus, une bactérie ou un parasite. Dans ces phases d'échanges, les acteurs essaient de montrer l'utilité de l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticide ou la pulvérisation à effet durable pendant le sommeil. La lutte contre les moustiques est une des grandes stratégies d'accompagnements soutenues par l'Organisation mondiale de la santé. Le comédien fait savoir que l'usage des moustiquaires permet de réduire en principe la transmission automatique de la filariose lymphatique ou d'autres infections possibles transmises par le moustique.

L'Organisation mondiale de la santé et le Centre européen de prévention et contrôle des maladies retiennent que la plus grande partie des pathogènes nouveaux identifiés chez l'être humain depuis trente ans sont à l'origine de zoonoses. Ils démontrent que trois quarts des maladies émergentes qui ont touché l'homme depuis une décennie ont été causées par certains pathogènes venants d'animaux ou de certains produits animaux. Une trentaine d'espèces bactériennes et quelques familles de virus responsables de zoonoses permettent la

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 8.

¹⁹⁵ La filariose lymphatique, couramment appelée éléphantiasis, est l'une des maladies tropicales non-considérées. Il y a donc une infection lorsque les parasites filaires responsables de la maladie sont transmis directement à l'homme par des moustiques.

¹⁹⁶ François GROS et Catherine PUIGELIER, « *Biologie et Droit, Les étapes du vivant* », éd. Bruylant, 2016, p. 85.

¹⁹⁷ Décret du 24 mai 1876, instituant un comité consultatif des épizooties, JORF du 7 avril 1876 page 165.

Loi du 26 juin 1909, publiée au régula, page 362, n° 6389 : épizooties, JORF du 25 juin 1909.

Décret du 3 avril 1909, relatif à l'organisation du service des épizooties dans les Départements, JORF du 25 avril 1909 page 4412.

Arrêté du 19 juin 1952, organisation et fonctionnement, attributions de la section permanente du comité consultatif des épizooties, JORF du 28 juin 1952 page 6454.

¹⁹⁸ Directive Européenne n°92-117 du 17 décembre 1992 N° 92117, concernant les mesures de protection contre certaines zoonoses et certains agents zoonotiques chez les animaux et dans les produits d'origine animale, en vue de prévenir les foyers d'infections et d'intoxication dus à des denrées alimentaires.

mise en place d'une politique de santé mondiale dotée d'une surveillance médicale et sanitaire spécialisée. Il est donc clair que les zoonoses doivent nécessiter toute l'attention indispensable dans leur surveillance et leur contrôle. Ces genres d'ateliers d'art théâtral à l'hôpital intéressaient ces deux médecines : humaine et vétérinaire, et elles démontraient l'importance d'une santé publique organisée en matière de surveillance épidémiologique et des enquêtes d'épisodes épidémiques ou d'épizootiques à but d'une prévention et contrôle commun. Les zoonoses gardent une place très importante au centre des maladies transmissibles comme il a été prouvé par la recherche de Louis Pasteur sur la rage ou le charbon, sur les origines des maladies infectieuses – parasitaires scientifiquement appelées zoonoses ou agent zoonotiques. D'autres ateliers du théâtre à l'hôpital portants sur des politiques de sensibilisation montraient que certaines maladies sont issues des animaux vertébrés domestiques ou bien même sauvages. La vaccination est toujours difficile à accepter, les populations résistaient ou résistent toujours à cette pratique et surtout à des moments où l'épidémie décime la population sans cesse, le théâtre, par la présence de certains témoignages des participants, arrive à faire accepter le vaccin aux malades. Au début du XX^e siècle, la rage citadine ou la rage canine marque les esprits puisque la médecine a dû inventer de nouvelles méthodes comme : un vaccin atténué actif par voie orale et une vaccination par moyen aérien par l'utilisation d'avions et/ou d'hélicoptères pour des raisons de contrôle de l'infection du réservoir animal comme le renard ou le pigeon.

« Il y a cent dix ans, un enfant alsacien fut le premier à être sauvé par le vaccin que venait d'inventer Louis Pasteur contre la rage. En cette fin août 1885, le biologiste, dont l'UNESCO célèbre cette année le centenaire de la mort, est enfin soulagé : depuis un mois et demi, il surveille chaque jour l'état de santé du petit Joseph Meister. La première vaccination antirabique a réussi. Le fils du boulanger du village de Steige lui avait été amené à Paris, après avoir été attaqué par un chien enragé, atteint de quatorze morsures et pouvant à peine marcher. "L'enfant était couvert de sang et de bave du chien" témoigne sa mère.

Louis Pasteur se trouve confronté à un grave dilemme. Peut-il prendre le risque d'appliquer son traitement, qui, pour l'heure, n'a donné des résultats que sur des animaux ? Il prend le risque, inoculant à l'enfant, treize fois en dix jours, de la moelle de lapin victime de la rage. Sauvé, le fils du boulanger resta en contact avec Pasteur, et devint employé de l'Institut Pasteur dont il fut le concierge jusqu'à sa mort, en juin 1940. Aujourd'hui, environ cinq mille vaccins sont pratiqués chaque année en France. Depuis le "retour" de la rage en France – en 1968, un renard était diagnostiqué enragé – aucune mort n'a été recensée suite à une contamination sur le sol français. Tel n'est pas le cas pour certains pays européens, comme la Roumanie, où l'on constate encore une dizaine de morts par an. »¹⁹⁹

Il est indispensable de surveiller conjointement les cas humains et les cas animaux pour identifier et pour étudier la présence de la bactérie. C'est une surveillance qui doit être mise en place dans les départements les plus infectés et dans les milieux très exposés afin de repérer les oiseaux infectés. Elle nécessite donc une étroite collaboration entre acteurs de santé – animale et humaine – pour développer la lutte contre cette zoonose et de prévoir une action de prévention auprès du public le plus exposé. Un encadrement des textes juridiques est aussi important pour l'accompagnement de la lutte contre les zoonoses et les épizootiques.

¹⁹⁹ Agence France-Presse, « En 1885, le premier vaccin Pasteur contre la rage sauve un enfant », 21 août 1995, consulté le 9 septembre 2017. http://next.liberation.fr/vous/1995/08/21/en-1885-le-premier-vaccin-pasteur-contre-la-rage-sauve-un-enfant_141072

a) Les textes et les règlements en vigueur

Quel est l'état de droit ou quelles sont les normes applicables pour faire face à l'inattendu – les maladies infectieuses ?

Dans la démarche de la politique de dépistage accompagnée par l'art dramatique, il n'existe pas des règles spécifiques appropriées à cet exercice. Mais pour ne pas parler de vide juridique ou éviter de dire tout simplement qu'il n'y a pas de texte en vigueur, il est donc nécessaire que les acteurs et les dramaturges fassent appel aux textes existants d'une manière générale et les respecter comme tout acteur de santé publique/privée. La réponse peut avoir plusieurs axes. Pour la lutte des maladies infectieuses, il existe des textes nationaux sur le territoire français, d'autres sur le plan européen et enfin, à l'échelle mondiale.

Les compagnies de théâtre, les médiateurs aux ateliers de théâtre, les maisons de théâtre et leurs professionnels, les associations et les bénévoles sont tenus de respecter toutes normes de la politique de dépistage en vigueur comme l'article D.3121-21 du Code de la santé publique imposant que : « *Peuvent être habilités, en application de l'article L.3121-2, comme centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles :*

1° les établissements de santé ;

2° les services ou organismes relevant d'une collectivité territoriale et assurant une mission de prévention en matière de santé ;

3° les centres de santé mentionnés à l'article L.6323-1 ;

4° les associations régies par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association ;

5° les centres d'examen de santé gérés directement par les organismes de sécurité sociale ou conventionnés avec ces organismes ;

6° les services ou organismes relevant d'un établissement d'enseignement supérieur et gérant des services de médecine préventive ;

7° les groupements de coopération sanitaire définis à l'article L.6133-1 ;

8° les groupements de coopération sociale et médico-sociale mentionnés à l'article L.312-7 du Code de l'action sociale et famille. »²⁰⁰

Les établissements de santé deviennent peu à peu un lieu de jeu d'acteur avec des objectifs beaucoup plus sociaux protégés par plusieurs règles qui sont méconnues envers ses usagers comme l'affirme Jean de Kervasdoué : « *L'hôpital est une institution qui semble familière. Son fonctionnement, les règles qui la gouvernent demeurent toutefois assez mal connues, d'autant qu'elles connaissent de très rapides évolutions. Ainsi, en 2009 une loi, dite "hôpital, patient santé et territoire" est venue modifier encore la gouvernance de cette vieille institution. »²⁰¹*

D'autres mesures sont aussi possibles et elles ont une portée générale, telles que les dispositions de l'article R.3113-4 du Code de la santé publique : « *Nonobstant la notification prévue à l'article R.3113-2 les cas, avérés ou suspectés, de maladies ou d'anomalie biologique mentionnées au 1° de l'article L.3113-1 sont signalés sans délai par le médecin ou*

²⁰⁰ Légifrance, article D.3121-21 du Code de la santé publique, version en vigueur au 10 septembre 2017.

²⁰¹ Jean DE KERVASDOUE., *op.cit.*, p. 5.

le responsable du service de biologie ou du laboratoire d'analyses de biologie médicale, public ou privé, au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence.

Le destinataire du signalement évalue la nécessité de mettre en place d'urgence des mesures de prévention individuelle et collective et, le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition.

Sur la demande du médecin destinataire du signalement, le déclarant est tenu de lui fournir toute information nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'investigation et d'intervention, notamment l'identité et l'adresse du patient.

*Ces informations peuvent être transmises à d'autres professionnels lorsque leur intervention est indispensable pour la mise en œuvre des mesures de prévention individuelle et collective. Elles ne sont conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention. »²⁰² Les maladies infectieuses faisant l'objet de la procédure de signalement sont répertoriées dans l'article D.3113-6 du même Code. Il est très logique de parler de l'arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique (*JORF n°0053 du 3 mars 2017, texte n° 27*).*

Certains textes envisagent des mesures contraignantes précisant certains cas tels que : « *Tout animal ayant mordu ou griffé une personne, même s'il n'est pas suspect de rage, est, si l'on peut s'en saisir sans l'abattre, soumis par son propriétaire ou détenteur et à ses frais à la surveillance du vétérinaire sanitaire. Les mêmes dispositions s'appliquent aux animaux ayant mordu ou griffé des animaux domestiques et des animaux sauvages apprivoisés ou tenus en captivité dans les territoires définis par arrêté du ministre compétent, dans lesquels la rage a été constatée.*

Dès qu'elle a connaissance des faits de la nature de ceux mentionnés à l'alinéa qui précède, l'autorité investie des pouvoirs de police rappelle au propriétaire ou détenteur les obligations ci-dessus définies et, en tant que de besoin, le met en demeure de les observer dans les vingt-quatre heures. »²⁰³

L'article L.223-1 du Code rural et de la pêche maritime précise que : « *Les maires avisent d'urgence le préfet de tous cas d'épizootie qui leur seraient signalés dans le territoire de la commune. Ils peuvent prendre les mesures provisoires qu'ils jugent utiles pour arrêter la propagation du mal. »²⁰⁴*

En France, la surveillance de la politique de dépistage nécessite une organisation entre deux agences sanitaires en charge de cette problématique, d'une part, l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), et, d'autre part, l'Institut de veille sanitaire (InVS). Elles sont accompagnées par les gestionnaires de risque telles que la Direction générale de l'alimentation et la Direction générale de la santé.

Un Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies a été créé par le Règlement n°851/2004 du Parlement européen et du Conseil de l'Europe du 21 avril 2004. Depuis sa création, il est resté une des agences indépendantes de l'Union européenne. Il est

²⁰² Légifrance, l'article R.3113-4 du Code de la santé publique, version en vigueur au 1^{er} avril 2010, consulté le 10 septembre 2017.

²⁰³ Légifrance, Code rural et de la pêche maritime, article L.223-10, version en vigueur au 24 juillet 2011, consulté le 10.09.2017.

²⁰⁴ *Ibid.* Version en vigueur au 21 septembre 2000, consulté le 10.09.2017.

doté d'une fonction de surveillance des maladies infectieuses, de délivrance des avis scientifiques ainsi que de l'identification des menaces émergentes pour la santé. Sur l'une des stratégies européennes, une Directive de 2003/99/CE²⁰⁵ portant des mesures nécessitant une transposition²⁰⁶ des normes de surveillance des zoonoses et des agents zoonotiques est mise en place. Elle demande de collecter des informations épidémiologiques de qualité sur les zoonoses ainsi de mettre en place un dispositif qui aura à détecter les maladies émergentes et à planifier un programme de contrôle harmonisé entre les États membres de l'Union européenne.

Ce principe est également repris au niveau international dans la promotion de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) et renforcé par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), sous le slogan ou la thématique : « *Un monde, une seule santé* ».

Il est donc primordial à tout acteur œuvrant dans l'art théâtral d'enlever l'ambiguïté de cette politique pour encourager le public à faire face aux fléaux qui gangrènent les sociétés. « *Il semble en effet qu'elle existe et qu'elle soit centrale dans les tragédies grecques : il nous semble toutefois qu'elle n'est pas là pour questionner l'ordre social et politique – tout est dans le "pour", qui indiquerait une finalité intrinsèque à la tragédie ou une intention délibérée du poète. Elle est là, parce qu'elle est la condition d'un spectacle qui soit "fabrique du sens", [...] Cette ambiguïté n'est pas là pour question l'ordre politique, mais elle laisse la place au questionnement que les spectateurs veulent y mettre.* »²⁰⁷ Il est certain que le comédien ne critique pas autre chose, selon l'ouvrage *Corps en scène*²⁰⁸, que le discours ambigu et/ou le discours direct. Il est évident que quand la pièce théâtrale est bien construite, le spectacle de la tragédie en question devient donc politique par nature, sans que le dramaturge lui-même ait l'idée d'introduire quelques pensées politiques à son exercice.

Parmi les normes à prendre en considération dans cette recherche, il y a la Déclaration de Fribourg qui incite tous les acteurs des droits culturels à faciliter la mise en œuvre de ces droits culturels. Tout individu a droit à la culture, quels que soient sa classe sociale ou son état de santé, « (9) *Estimant que les droits culturels, tels qu'énoncés dans la présente Déclaration, sont actuellement reconnus de façon dispersée dans un grand nombre d'instruments relatifs aux droits de l'homme, et qu'il importe de les rassembler pour en assurer la visibilité et la cohérence et en favoriser l'effectivité.*

Nous présentons aux acteurs des trois secteurs, public (les États et leurs institutions), civil (les Organisations non gouvernementales et autres associations et institutions à but non lucratif) et privé (les entreprises), cette Déclaration des droits culturels, en vue de favoriser leur reconnaissance et leur mise en œuvre, à la fois aux niveaux local, national, régional, et universel. »²⁰⁹

Quant aux risques sanitaires et politiques, le sida, qui est retenu comme un risque sanitaire, a très vite interpellé la pratique médicale des soignants et modifie aussi les pratiques sociales en incitant la mise en place des normes réglementaires et législatives. Il est

²⁰⁵ Directive 2003/99/CE du Parlement européen et du Conseil du 17 novembre 2003 sur la surveillance des zoonoses et des agents zoonotiques, modifiant la décision 90/424/CEE du Conseil et abrogeant la directive 92/117/CEE du Conseil.

²⁰⁶ Décret n°2006-1364 du 9 novembre 2006 relative à l'épidémiologie dans le domaine de la sécurité sanitaire des denrées d'origine animale et des aliments pour animaux, de la santé animale et de la protection des végétaux et modifiant le Code rural.

²⁰⁷ Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAT et Alain VIALA (sous la direction de), *op.cit.*, p. 181.

²⁰⁸ *Ibid.*

²⁰⁹ Déclaration de Fribourg, « *Les droits culturels* », *op.cit.*, p. 4.

indispensable de parler du dispositif législatif de 2002 concernant l'aléa thérapeutique qui constitue une profonde mutation de représentation du corps humain malade ainsi que l'état du patient tout comme la profession de soignant et l'institution soignante.

Cependant, il y a toujours des inégalités à l'accès aux progrès médicaux pour les pays en développement. Il y a une inégalité qui existe entre les pays du Nord et les pays du Sud en matière de santé publique et internationale. L'achat des antirétroviraux est aussi inabordable pour la majorité de ces pays, raison pour laquelle en 1999 le seul moyen stratégique développé est l'usage des préservatifs comme méthode de prévention efficace. Raisons pour lesquelles la Déclaration de Doha sur le ADPIC et les médicaments facilite le développement et la production des médicaments en précisant que : « *La faculté pour un pays d'émettre une licence obligatoire, mais en tenant compte des intérêts légitimes du détenteur de brevet, notamment par le biais d'une juste compensation et du maintien du rôle des tribunaux pour tout conflit en la matière.* »²¹⁰

b) Le rôle de l'artiste dans la politique de prévention et de promotion de santé

Quel est le rôle d'un comédien dans un environnement très sensible et très technique de la politique de prévention et de promotion de la santé pour lequel il n'est pas couvert par des textes législatifs ?

Il est encore une fois remarquable que le législateur français reste silencieux dans cette nouvelle démarche d'encadrement artistico-médical. Nonobstant, le théâtre est déjà présent dans le milieu hospitalier et il doit impérativement se conformer aux règles en vigueur. Par conséquent, tout professionnel de l'art théâtral à l'hôpital doit obligatoirement se comporter comme les professionnels médicaux en attendant un encadrement spécifique le concernant.

Dans l'exercice de sa profession, l'artiste doit exprimer un aspect positif répondant à la politique sans avoir l'image ou l'apparence d'une démarche publicitaire ou faisant de la politique politicienne. Il doit être prudent surtout quand il s'agit de la promotion des produits pharmaceutiques, que ce soient des médicaments ou des produits cosmétiques. Il est appelé à garder son rôle naturel de divertissement sous l'encadrement politique et/ou didactique. Envers son public, son côté magicien est plus souhaitable pour faire revenir de son public l'émotion, la réflexion ainsi que le plaisir des yeux et/ou bien même le plaisir de sens considéré comme un exercice de l'intellect au profit de la médecine. Une grande partie de sa vigilance est indispensable puisqu'il est clair que la prévention est ou reste toujours le parent pauvre de la santé et elle se trouve entre la médecine préventive et la médecine curative. Dans ses représentations, il doit faire comprendre à son public que d'un côté, il y a l'application des protocoles thérapeutiques éprouvés par la médecine et, de l'autre, l'action qualitative sur les effets éventuels de comportements et de certaines recommandations.

Il y a longtemps, la prévention a été le socle des premières démarches politiques de santé publique ; à défaut de guérir, elle portait des méthodes ou des objectifs d'évitement de la maladie. Il a été prouvé qu'au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, les législations imposaient des règles de quarantaine, d'isolement et d'interdiction de déplacement dans le but de prévenir les épidémies ou faire en sorte de limiter leurs conséquences. Dans cette optique,

²¹⁰ Déclaration de Doha sur les ADPIC et les médicaments : « *Quelles leçons pour le réexamen de l'Accord sur les ADPIC et le processus de négociations à Genève ?* », 2001, p. 6.

l'artiste doit faire savoir qu'il ne cherche pas à transgresser les droits d'aller et venir pour les malades, mais plutôt d'appuyer les règles sanitaires visant à faire cesser les maladies transmissibles et de prévoir pour certaines maladies l'obligation de vaccination, contre la variole par exemple ou la tuberculose.

Le professionnel artistique doit garder en lui un sens très coopératif puisque le pouvoir de police sanitaire ne lui revient pas, cela relève des maires selon la loi de 1902²¹¹ ou des préfets et du gouvernement en cas d'épidémies ou en cas de présence d'un danger pour la santé publique selon l'article L.1311-4²¹² du Code de la santé publique. Cette alliance doit automatiquement s'élargir entre les compagnies de théâtre et les caisses d'assurance maladie qui sont investies d'une très grande mission de prévention et d'information. Elles ont en principe à financer des actions sociales de communication, d'éducation pour la santé et de prévention et aussi pour les campagnes de vaccination et de dépistage.

À l'hôpital, les différents exercices d'atelier de théâtre doivent en principe distinguer d'une part, la prévention individuelle qui a pour objet de modifier les comportements des malades par certaines obligations de vaccination obligatoire ou l'interdiction de fumer ou l'incitation vers le dépistage, la vaccination recommandée par le médecin ou à l'éducation de la santé, et, d'autre part, la prévention collective qui va vers la suppression des facteurs de risques liés à l'environnement humain comme des mesures de sécurité sanitaire concernant l'eau, l'air et autres.

En suivant la démarche de l'Organisation mondiale de la santé, la promotion de la santé peut être définie comme le processus qui consiste à habiliter toute personne à accroître le contrôle de sa santé et de l'améliorer. Le comédien doit s'inspirer des trois cercles concentriques suivants pour assurer ses représentations de la promotion de la santé :

- identifier nettement la maladie et mettre en place des mesures appropriées pour la gérer ;
- prévoir une phase de gestion des pratiques liées au mode de vie qui démontrent scéniquement les facteurs de risques pour la santé, exemple : le stress, l'activité physique et la consommation de l'alcool et/ou le tabagisme ; enfin, un modèle identique au milieu social, physique et à l'isolement.

C'est aux échanges dans les ateliers d'art qu'est due la réduction importante du risque de mort subite du nourrisson : il s'agit ici un exemple de prévention. Il faut mettre en place des pièces de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme puisque l'usage de ces produits apporte des conséquences nuisibles à la santé d'où des maladies imputables liées à ces deux fléaux, surtout face à un public jeune qui se sent moins concerné. Lors de la partie contribution du public, l'artiste doit jouer un rôle très important favorisant la consommation des fruits et des légumes pour lutter contre le cancer du côlon. C'est dans cette perspective que le rôle que joue l'artiste devient une partie de la politique de prévention ou de promotion de la santé. Il doit accompagner très étroitement toutes les actions individuelles et collectives à travers lesquelles le plan de cette politique s'exerce. L'article L.1417-1 du Code de la santé publique précise que : « *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à*

²¹¹ Loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, publiée au *Journal Officiel* du 19 février 1902.

²¹² Légifrance, article L.1311-4 du Code de la santé publique, version en vigueur au 29 janvier 2017 consulté le 12 septembre 2017.

réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. La politique de prévention tend notamment :

1° à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ;

2° à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;

3° à entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ;

4° à promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;

5° à développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ;

6° à développer également des actions d'éducation thérapeutique »²¹³.

Cette politique a permis la mise en place d'une institution publique administrative dénommée Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) dotée de la mission de promouvoir des comportements et des habitudes de vie adéquats à la santé pour tous. Cet établissement public a fonction d'expertiser, de conseiller, d'assurer l'organisation de l'éducation pour la santé et enfin d'œuvrer sur le programme et les actions de prévention et de promotion de la santé.

Cette politique impose à toute compagnie de théâtre et ses professionnels de mettre en place des outils pédagogiques et des bases de formations d'éducation thérapeutique. Il est indispensable pour l'artiste de développer et de diffuser des informations de bonnes pratiques à l'éducation pour la santé.

B] L'ARTISTE FACE AUX EXIGENCES DE CLARTÉ

Le Théâtre des Amandiers œuvre en partenariat avec l'hôpital de Nanterre depuis quelques années, ils perfectionnent ensemble une ligne de travail qui n'impose aucun modèle que ce soit social ou culturel. Les artistes doivent proposer des ateliers neutres sans vouloir lisser les aspérités ou les difficultés rencontrées, les pratiques artistiques doivent respecter les normes et les formes bien envisagées dans le partenariat. Cependant, ils s'adressent principalement aux patients résidents, quel que soit le temps de résidence à l'hôpital, dont la vie est fragilisée par des accidents au sens large ou touchée par des traumatismes sociaux ou psychiques. Il faut donc que les propositions artistiques aient une portée générale en s'adressant à tous les malades qui le souhaitent ou qui le veulent. L'artiste doit donc distinguer les différents types de formes d'ateliers à mettre en œuvre. Il est tenu à une forme d'exigence de clarté en :

- faisant une communication scientifique qui va dans le sens du savoir médical ou de l'explication de son caractère controversé, provisoire et évolutif ;

- donnant le message institutionnel qui vise à annoncer une problématique et à l'expliquer ainsi qu'à éduquer des pratiques en cohérence avec le choix de la politique envisagée ;

²¹³ Légifrance, article L. 1417-1, Code de la santé publique, version en vigueur au 12 septembre 2017, dernière modification le 1^{er} septembre 2017.

- divulguant des messages qui ont pour but de faire connaître au public des principes d'informations factuelles. Dans une action artistique comme telle, comment le corps et l'esprit peuvent-ils s'attacher à écouter et à analyser les informations véhiculées ?

Le comédien est appelé à garder un aspect de souplesse puisque son message ne sera facilement audible que si son positionnement et sa légitimité sont clairs. En principe, l'information véhiculée par l'artiste doit être transparente et largement accessible au patient.

1) Une exigence de pédagogie imposée à l'artiste/éducateur

La santé reste toujours une thématique très compliquée et qui touche impérativement tout le monde. Il est important de ne pas lier cette complexité aux performances de l'artiste touchant la communication du grand public, mais plutôt de l'expliquer. Le comédien doit en principe faire appel à une pédagogie de la complexité et à une pédagogie du risque pour transmettre son message à son public ou dans ses ateliers à l'hôpital.

a) Une pédagogie de complexité

S'adresser au grand public en apportant des informations sensibles sur la santé publique, par exemple, demande une exigence des pédagogies dont son savoir médical, ses zones d'ombre, sa complexité et enfin son caractère évolutif en médico-social. Cette pédagogie cherche à montrer le rôle et la limite de la science sur deux bases importantes : la décision politique mise en place et la décision médicale envisagée. Les soins de santé restent actuellement au premier niveau de consommation des ressources. Se pose alors le problème du coût des traitements par rapport aux ressources des patients. Il est donc important que les soins ne les grèvent pas d'une manière exacerbée. Il est indispensable de tenir compte cet aspect dans une discussion sur l'économie de santé, car il ne concerne pas seulement la santé, mais aussi l'économie sociale. Par exemple, dans les ateliers, une thématique qui touche directement la vie privée des patients peut être abordée d'une manière claire et non dissimulée sans complexe dans la communication du grand public. Ce sujet peut aborder par exemple la greffe, la recherche d'organe, les prothèses ou/et les médicaments coûteux. Ces questions ne concernent pas seulement la médecine, mais plutôt toutes les classes sociales et cela reste donc un débat public et démocratique. En revanche, l'artiste peut demander plus d'informations à la Haute Autorité de Santé pour pouvoir faire face aux échanges et aux questionnements des participants aux ateliers de théâtre à l'hôpital. Ceci est l'un des processus envisagés par la loi du 9 août 2004 précisant en son article 2 que l'État a la charge de : « 5° *L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires.* »²¹⁴ Il est de même pour toutes les questions liées à des maladies très complexes à aborder en public. Le comédien doit rechercher un juste milieu – un moyen ou une stratégie de communication qui ne blessera pas le malade ou ses proches.

²¹⁴ Légifrance, loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, version initiale, consultée le 13 septembre 2017.

b) Une pédagogie de risque

Tout d'abord, comment expliquer une pédagogie du risque que chaque individu identifie selon ses besoins ou ses angoisses ?

Est-il possible avec les soins d'envisager un moyen de mettre la liberté individuelle dans ce principe pédagogique – risque collectif ?

Il est évident que le risque n'apparaît pas toujours à l'état pur, mais dans le processus de soins, il est toujours présent ainsi que les signes de sa réalité et de sa perception. Mais c'est pendant la démarche artistique que les participants vont comprendre le décalage ou la différence entre le risque et l'inquiétude que suscite le patient. Il y a encore un élément important à ne pas oublier qui est le risque de contamination qui fait peur aux usagers de l'hôpital comme la maladie nosocomiale. Il est à la charge du professionnel de l'art de mettre en place une stratégie lui permettant de diminuer en toute confiance les accusations du malade envers la thérapie envisagée. C'est dans cette perspective que l'engagement à l'éducation de la guérison ou de la santé publique doit être envisageable.

Dans cette partie de pédagogie liée au risque, le malade doit, à travers les explications fournies par l'artiste, comprendre que le médecin n'est pas lié à un devoir de réussite, mais plutôt tenu juridiquement à un devoir de compétence appréciée par la science médicale selon une obligation de moyens posée par l'arrêt Mercier²¹⁵. Le souffrant inquiet de sa maladie cherche à son tour l'accès à des soins de qualité approuvés par la médecine.

Le droit à la santé est devenu une maladie obsessionnelle de la santé. Plusieurs pièces de théâtre montrent la peur qui frappe certains patients d'entreprendre un traitement envisagé par leur médecin traitant et ils se voient frustrés par cette pratique médicale en faisant allusion à la santé qu'ils souhaitent.

Cette maladie obsessionnelle ou du risque est très fréquent dans les pays en développement et elle présente trois cas possibles : risque de mépris, risque d'entreprendre une automédication ou le risque de faire appel à la médecine traditionnelle. La plupart de ces patients n'ont pas confiance dans la médecine de leur pays et ont recours à d'autres pays qui ont une médecine expérimentale très avancée. Il faut donc un discours qui redonnera confiance au patient de faire face à cette maladie liée au risque.

2) La réglementation : un principe du droit de patient lié aux soins médicaux de qualité

La question est de savoir comment l'exercice artistique à l'hôpital peut venir en complément au processus du soin de patient. Par quel moyen cet art dramatique renforce-t-il la relation entre soignants et soignés ? Est-il possible de prendre en charge un patient sans prendre en compte sa culture ? La prise en compte de sa culture joue-t-elle un rôle dans le processus de soins artistiques ?

Cette étude fait savoir que les pratiques artistiques à l'hôpital ne peuvent jamais être en mesure de répondre aux exigences de la médecine et aux attentes du malade si ce dernier n'est pas reconnu et n'a pas les mêmes droits que dans la pratique médicale. Le praticien

²¹⁵ « L'obligation de soins découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyens ; le médecin ne pouvant s'engager à guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science », Cour de cassation, chambre civile, 20 mai 1936, arrêt Mercier.

artistique doit obligatoirement tenir compte de la culture de son patient pour mieux organiser son approche thérapeutique. Il ne doit ni négliger ni lui imposer une culture contre la sienne. Ces normes sont bien claires dans l'article 4 de la *Déclaration de Fribourg* qui édicte que :

« a. toute personne a la liberté de choisir de se référer ou non à une ou plusieurs communautés culturelles, sans considération de frontières, et de modifier ce choix ;
b. nul ne peut se voir imposer la mention d'une référence ou être assimilé à une communauté culturelle contre son gré. »²¹⁶

a) Existe-t-il un droit à la liberté de choix de l'artiste éducateur ?

Dans le déroulement des ateliers de théâtre, à l'hôpital ou en dehors de l'hôpital, le libre choix des patients n'est jamais demandé.

Le principe de base indispensable au patient initié dans l'article R.4127-6 du Code de la santé publique précisant que « le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit »²¹⁷, montre que tout professionnel doit respecter le choix de son patient.

Cependant, il est important de savoir s'il existe un droit, pour le patient, de choisir lui-même son artiste ou son éducateur traitant des ateliers de théâtre à l'hôpital.

Dans la profession médicale ou dans le système hospitalier, le libre choix est un droit fondamental du patient et la loi impose d'en faire usage puisqu'il contribue à la confiance du patient envers son médecin.

Par conséquent, en l'absence des textes juridiques réglementant cette nouvelle pratique, il est indispensable d'avoir recours à l'article précité pour imposer aux artistes exerçant à l'hôpital de se soumettre aux mêmes règles que les médecins. L'artiste doit se préoccuper par tout moyen de la conséquence de ses actes et des conseils qu'il donne à son patient. Ce dernier doit donc avoir un droit de libre choix de l'artiste thérapeute comme il a ce droit chez le médecin traitant. À travers cette ouverture, le choix et la confiance du patient engagent la responsabilité du professionnel artistique. Associer le libre choix et la confiance du patient constitue ensemble les piliers de la pratique artistique fidèle à la profession médicale. L'artiste étant un praticien exerçant à l'hôpital, le libre choix du patient devient chez lui une genèse réaffirmée à l'article L.1110-8 du Code de la santé publique et qui impose que : « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile [...] est un principe fondamental de la législation sanitaire. »²¹⁸ Le rappel de ce principe dans le Code de la sécurité sociale et dans le Code de déontologie médicale montre que ce droit est là pour mettre en garde les consciences des médecins et leur imposer de respecter ce droit et d'assurer son application.

²¹⁶ « Les droits culturels, Déclaration de Fribourg », *op. cit.*, p. 6.

²¹⁷ Code de la santé publique, 30^e édition, éd. Dalloz, 2016.

²¹⁸ *Ibid.*

b) Le patient a-t-il un droit de décision dans le processus du soin artistique le concernant ?

Dans les textes en vigueur, rien n'est précis, mais il serait mieux d'attribuer au patient un droit de décision sur l'ensemble des démarches artistiques envisagées par l'hôpital dans un texte explicite tout comme il est bien dit dans les différents textes de soins médicaux. Accorder au patient un droit de dire oui ou de dire non, de participer ou de ne pas participer, partiellement ou totalement ou/et de se désister à tout moment de l'évolution thérapeutique artistique serait un complément des principaux droits attribués au malade dans l'exercice de soins médicaux.

Cette partie liée à la décision du malade sera bien élargie dans le Chapitre II/Scène II, précisant le consentement du patient au processus de soin le concernant. Cette partie trouve un accompagnement juridique dans l'article 6 du Code de déontologie médicale ou de l'article R.4127-36 du Code de la santé publique dont la précision sera exploitée dans le chapitre précité.

PARAGRAPHE 2 - LES COMPAGNIES DE THÉÂTRE EN COLLABORATION AVEC DES INSTITUTIONS SANITAIRES

Dans le « *Programme Culture à l'Hôpital* »²¹⁹, plusieurs associations, des groupes et des compagnies de théâtre coopèrent avec les agences sanitaires, les hôpitaux, les établissements des soins, et toutes les institutions publiques ou privées concernées.

La Compagnie au pied du lit, la Compagnie Jayann'Act, le Théâtre des Amandiers de Nanterre, le Théâtre de la Poudrerie, le Conservatoire de Musique, Danse et Théâtre de la Ville d'Orléans et d'autres œuvrent tous en partenariat avec des centres de santé comme l'hôpital de Nanterre, l'hôpital Paul-Brousse, les hôpitaux universitaires de l'Est parisien, l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, les groupes hospitaliers Saint-Antoine, Rothschild, Armand-Trousseau, Tenon et La Roche-Guyon, etc.

Ce programme a le soutien et le contrôle de certaines agences et institutions publiques comme les ministères de la Culture et de la Santé, la Haute Autorité de Santé, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, les Agences Régionales de Santé, la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération française des art-thérapeutes, et d'autres qui apportent leur concours sur le plan financier ou sur des informations de bases.

Ces différentes compagnies proposent des projets cohérents signés et validés par tous les partenaires afin de les mettre en exercice. Ces projets portent sur de nombreuses actions artistiques et culturelles, des spectacles de théâtre à destination des enfants alités que ce soit à l'hôpital ou à domicile, des personnes malades, des usagers, des publics de proximités, du personnel de l'hôpital, mais aussi sur des campagnes de préventions ou de sensibilisations – ou de l'éducation sanitaire et thérapeutique, comme le dépistage du cancer du sein, les journées sans tabac, le sida, la maladie d'Alzheimer, le don du sang, diabète, choléra, et des douleurs.

Dans chaque région, la détermination de ce programme est confiée aux Agences Régionales de Santé jusqu'à la mise en place de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire du

²¹⁹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

21 juillet 2009, qu'elles intègrent dans leurs missions et leurs compétences régionales et réglementaires attribuées par l'article L.1431-2 du Code de la santé publique en relation directe avec les Directions Régionales des Affaires Culturelles et elles définissent ensemble leurs axes d'interventions prioritaires. Cette politique interministérielle a été mise en place le 4 mai 1999 par la signature d'une première convention et quelques années plus tard s'est vue élargie par la signature d'une convention portant « *Culture et Santé* »²²⁰ le 6 mai 2010.

AJ QUI PEUT COMMUNIQUER DANS LE CIRCUIT DE LA SANTÉ SELON LA LOI ?

La politique du développement culturel dans toutes ses branches implique que toute personne a le droit de participer à cette démarche. Par conséquent, la culture œuvre dans la communication de santé publique et elle engage toute personne selon la Déclaration de Fribourg²²¹ qui donne plus de précision à son article 7 intitulé « communication et information » : « *Dans le cadre général du droit à la liberté d'expression, y compris artistique, des libertés d'opinion et d'information, et du respect de la diversité culturelle, toute personne, seule ou en commun, a droit à une information libre et pluraliste qui contribue au plein développement de son identité culturelle ; ce droit, qui s'exerce sans considération de frontières, comprend notamment :*

- a. la liberté de rechercher, recevoir et transmettre les informations ;*
- b. le droit de participer à une information pluraliste, dans la ou les langues de son choix, de contribuer à sa production ou à sa diffusion au travers de toutes les technologies de l'information et de la communication ;*
- c. le droit de répondre aux informations erronées sur les cultures, dans le respect des droits énoncés dans la présente Déclaration. »*²²²

Cet article contribue en permanence à la disposition de l'article 8 de la même déclaration énonçant que « *Toute personne, seule ou en commun, a droit de participer selon des procédures démocratiques :*

- au développement culturel des communautés dont elle est membre ;*
- à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des décisions qui la concernent et qui ont un impact sur l'exercice de ses droits culturels ;*
- au développement de la coopération culturelle à ses différents niveaux »*²²³.

Au-delà de cette Déclaration²²⁴, le Code de la santé publique précise qu'un établissement public de l'État intitulé Institut national de prévention et d'éducation pour la santé peut œuvrer dans la politique de communication préventive, article L.1417-1 du Code de la santé publique dispose que : « *Un établissement public de l'État dénommé Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a pour missions :*

- 1° de mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L.1411-6 ;*

²²⁰ Le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication, Convention, « *Culture et Santé* », Paris, le jeudi 6 mai 2010.

²²¹ Les droits culturels. Projet de déclaration. P. Meyer-Bisch, éd., 1998, Paris / Fribourg, Unesco / Éditions universitaires.

²²² *Ibid.*

²²³ *Ibid.*

²²⁴ *Ibid.*

- 2° d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- 3° d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;
- 4° de participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;
- 5° d'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret ;
- 6° de s'assurer de l'accessibilité aux personnes handicapées des programmes de prévention, de promotion et d'éducation à la santé.

Cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et concourt à la politique de santé publique. »²²⁵

Différentes institutions sont chargées des missions particulières comme le Conseil national du sida et des hépatites virales ou autres comme il est mentionné dans l'article L.1415-2 du même Code : « *L'Institut national du cancer est chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. À ce titre, il exerce notamment les missions suivantes :*

- 1° *observation et évaluation du dispositif de lutte contre le cancer, en s'appuyant notamment sur les professionnels et les industriels de santé ainsi que sur les représentants des usagers ;*
- 2° *définition de référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie ainsi que de critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé pratiquant la cancérologie ;*
- 3° *information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer ;*
- 4° *participation à la mise en place et à la validation d'actions de formation médicale et paramédicale continue des professions et personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre le cancer ;*
- 5° *mise en œuvre, financement, coordination d'actions particulières de recherche et de développement, et désignation d'entités et d'organisations de recherche en cancérologie répondant à des critères de qualité, en liaison avec les organismes publics de recherche concernés ;*
- 6° *développement et suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés en cancérologie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation ;*
- 7° *participation au développement d'actions européennes et internationales ;*
- 8° *réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer.*

L'Institut national du cancer établit un rapport d'activité annuel qui est transmis au Gouvernement et au Parlement. »²²⁶

Communiquer sur la santé reste donc une valeur non négligeable dans la société et touche considérablement la sphère privée de tout un chacun, parfois, d'un comportement de la vie ou d'un mode de vie d'une personne. Cette manière de communiquer est délicate parfois à l'encontre de la liberté de l'individu raison pour laquelle l'État l'a structurée en mettant en

²²⁵ Code de la santé publique, *op. cit.*

²²⁶ *Ibid.*

place des dispositifs et des normes de communication. Les institutions doivent s'appuyer sur des règles de base ou d'éthique qui conçoivent les critères ou les éléments de la bonne pratique de la communication en santé publique.

Les institutions en charge de communication ont partagé la responsabilité avec d'autres compagnies de théâtre pour faciliter la transmission des informations tout en respectant la procédure et les normes du droit positif.

1) La campagne de communication menée par l'artiste

Avant d'étudier les campagnes de communication menées par l'artiste, il est très logique et indispensable de comprendre que l'acteur du théâtre parlera certainement la vie privée des patients et des publics participant à ses ateliers et à ses représentations. Il aura donc à faire appel à sa technicité, mais aussi à faire usage de certaines procédures des professionnels médicaux telles que les règles de base et/ou les principes d'éthique qui réorganisent les éléments pratiques spécifiques à la communication de santé. Il faut ainsi tenir compte de la liberté des individus : respecter le choix de chacun, éviter le rejet du message, ne pas inquiéter son patient ou tout participant, éviter la stigmatisation ou toute manière de marginaliser ou de culpabiliser le patient, éviter d'imposer une règle sociale, éviter de préciser de bons et de mauvais comportements, prendre soin d'informer des risques de santé sans proposer des solutions telles que des moyens préventifs, mettre en place des procédés incitant la réflexion et la remise en question du public ou des patients, tenir compte de l'inégalité d'accès à l'information de santé et enfin, soutenir le changement et rapprocher la communication nationale de la réalité locale. Ces éléments font comprendre que les exigences d'éthiques commandent les actions et les pratiques des artistes dramatiques à l'hôpital. L'objectif envisagé est de sauver des vies si c'est possible bien sûr, d'avoir un accompagnement des patients en fin de vie ou jusqu'à la fin de leur maladie dans les meilleures conditions possibles, et/ou par ses approches de communications arriver à éviter des morts possibles, probables ou certaines et le plus souvent à améliorer la vie d'un malade touché d'une pathologie chronique.

Dans ce procédé technique d'éthique de communication en santé, plusieurs thèmes sont abordés par des dramaturges et font appel aux publics à des mesures de prévention, mais il y a d'autres thèmes qui sont toujours dans l'obscurité des représentations théâtrales et aux ateliers de théâtre en santé et qui sont indispensables à la vie du patient.

Pourquoi, jusqu'à aujourd'hui, les représentations de théâtre ne parlent pratiquement jamais ou peu des actes techniques essentiels à la réalisation de prélèvements d'organes liée à des exigences d'éthique ?

Pourquoi ne pas mettre en place des pièces de théâtre expliquant les normes d'éthique qui imposent à l'attention des corps faisant l'objet de prélèvement d'organes ?

Pourquoi ne pas utiliser le théâtre pour faire comprendre aux publics et aux personnes malades l'obligation, le devoir ou la responsabilité de reconstruction d'un corps pour lui garder son apparence humaine ?

Pourquoi plus encore ne pas passer à travers ses ateliers de théâtre pour expliquer au participant sur quelle base ou dans quel état le corps du patient est conservé comme réservoir de prélèvement d'organes ?

Il est indispensable de leur expliquer pourquoi il faut passer à l'arrêt des traitements et surtout éviter de maintenir une vie à prix très élevé et des traitements inutile.

Tout d'abord, le comédien doit, dans sa démarche de communication, faire comprendre au grand public que tant que le patient est vivant, il ne saurait jamais être considéré, en son état, comme un réservoir potentiel d'organes – sous peine de l'envoyer prématurément à sa propre mort. Il doit avoir un esprit d'ouverture après la représentation pour discuter de ce type des questions et la loi Léonetti²²⁷. Il est donc évident qu'il faut savoir comment sauver des vies pour une autre, comment accompagner des patients en fin de vie ou le statut de la personne.

Dans un sens ou l'autre, les patients ont le pressentiment que leur corps n'était pas réellement un corps puisque le prélèvement conditionné par la pénurie d'organes les ramène à concevoir que ces organes et les vies qu'ils sauvent sont étroitement liés à celui à qui il appartenait et à celui qui en bénéficie. L'artiste doit avoir la responsabilité de rassurer les patients que la moindre déviation éthique aux normes de prélèvement après arrêt cardiaque dans le but de pouvoir prélever à temps un organe urgent fera l'objet d'une médiatisation pour déclencher ou encourager l'émotion légitime du public ainsi que l'engagement de la responsabilité du professionnel médical.

Une autre forme de communication de l'artiste doit œuvrer dans l'explication et la différence entre la mort cérébrale²²⁸ et le coma²²⁹, puisque c'est exactement l'écart entre ces deux morts qui ouvre le chemin autorisant le prélèvement d'organes toujours viables sur le corps d'une personne morte.

Il est loisible de mettre ce genre de questions dans les débats du grand public et d'en faire une préoccupation nationale et de savoir qui sont les donneurs du prélèvement, quelle est la destination finale du corps du patient à la fin de l'engagement de la procédure de prélèvement d'organes.

a) Les inégalités de santé dévoilées par le comédien

La santé dans le monde contemporain, porte en elle une large définition qui précise qu'être en bonne santé ne demande pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Depuis 1946, la santé englobe un état de bien-être complet physique, mental et social selon la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé²³⁰ (OMS).

La politique de prévention, de vaccination ou autre ne répond pas à la mise en place d'une santé pour tous s'il existe toujours des inégalités sociales et de précarité de la santé. Une partie non négligeable de la population française se trouve dans une situation d'inégalité sociale, d'un accès aux soins limité qui provoque une grande précarité de la santé. Il est donc

²²⁷ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, *Journal Officiel de la République Française* n° 95 du 23 avril 2005 p. 7089

²²⁸ La mort cérébrale est un stade dans lequel le cerveau n'exerce plus ses fonctions. Il y a donc un arrêt de la respiration et du cœur. Dans ce cas, une respiration artificielle peut être possible et permettre la circulation sanguine et alimenter les organes.

²²⁹ Le coma peut être défini comme un trouble de l'état de vigilance du patient dans lequel il n'émet plus de réponse aux stimuli extérieurs. Le malade ne peut pas être réveillé puisque ses deux hémisphères cérébraux sont touchés et ne réagissent plus. Par principe, ses fonctions vitales sont conservées, quelquefois à l'aide d'appareils médicaux. La durée d'un coma est variable entre quelques minutes et plusieurs années.

²³⁰ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948, (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100).

question de savoir comment améliorer l'accès aux soins des personnes en situation d'inégalité sociale et en grande précarité de santé.

La Fondation Sanofi espoir organisait le 20 novembre 2014 au siège du Conseil économique, social et environnemental une assise avec ses partenaires engagés dans le mouvement de la lutte contre les inégalités de santé dans l'objectif de reformuler d'autres propositions destinées à l'évolution des pratiques et des politiques publiques.

L'étude des ateliers de théâtre en santé à proximité du public et surtout celui qui est touché par les difficultés de la vie quotidienne démontrent que l'inégalité sociale de santé, la précarité de la santé et les maladies ne cessent d'augmenter et de gagner du terrain parce que des femmes, des hommes et des enfants renoncent de plus en plus aux soins dont ils ont besoin. Chez la plupart d'entre eux, les pathologies rencontrées sont liées à des situations de vie très difficiles et qui provoquent des problèmes respiratoires, dermatologiques, bucco-dentaires, etc. Les participants se confient de jour en jour aux responsables animateurs des ateliers pour leur expliquer pourquoi ils abandonnent ou ils renoncent à leurs soins de santé. Ils ont peu d'accès à la prévention, sont touchés par un retard lié à la couverture vaccinale. La majorité d'entre eux ne connaît pas leur statut sérologique par rapport aux hépatites ou autres maladies comme le VIH/sida. Certains dévoilent pendant les échanges théâtraux que le cumul des difficultés de vie provoque des troubles mentaux qui les ramènent au fur et à mesure à la perte de toute préoccupation hygiénique et vestimentaire. Ils perdent l'estime de soi et le courage de prendre soin d'eux. En général, les patients souffrant des maladies psychiques présentent des symptômes de précarité et demandent une prise en charge médico-sociale.

Il est important d'expliquer aux participants des ateliers d'art dramatique avec une pédagogie et une démocratie participative, la procédure et le circuit administratif de santé puisque ces deux branches freinent l'accès massif aux soins des patients en grande précarité de santé.

Pourquoi ne pas mettre en place des pièces théâtrales au profit des immigrés, des sans-abri et/ou des pauvres pour les aider à franchir les difficultés et la complexité des démarches administratives et les dysfonctionnements des institutions qui découragent la plupart des demandeurs et qui renoncent à leurs soins ?

L'inégalité sociale de santé et la précarité de la santé constituent deux problématiques distinctes et étroitement liées. Elles visent à décrire et à faire connaître les disparités au sein d'une population bien déterminée, dans le contexte des risques de mortalité ou des maladies ainsi que des troubles possibles qui peuvent être associés au contexte social des personnes. L'absence ou la perte d'emploi, les conditions de vie présentes ou passées non adéquates, le manque de logement, la campagne de prévention inaccessible et l'accès au système de soins méconnu et autres constituent dans leur ensemble l'inégalité sociale de santé et la grande précarité de la santé. Ces groupes de populations caractérisés par ces ruptures sociales et des liens familiaux connus dès leur enfance, les exposent au cumul des facteurs de risques des maladies et des inégalités sociales, des processus de précarisation et enfin des dégradations de leur état de santé. La mise en place des assises de théâtre santé reste pour ces groupes de population un moyen de refuge et un outil d'expression démocratique.

b) Santé et précarisation, deux objectifs de communication

Dans cette phase de recherche, la santé qui demande un état de santé complet²³¹ et de bien-être de l'individu et la précarité sociale²³² ou précarité de la santé²³³ qui résulte en général de parcours de vie réalisés sous les angles de carences des soins de santé et de ruptures sociales, constituent des éléments indispensables à la communication de santé pour tous.

Les problèmes professionnels, familiaux, sociaux ou autres liés à la propriété ou à des embarras pécuniaires induisent impérativement des problèmes de santé et engendrent des ruptures des conditions de vie normale. Il est clair que la répétition des consultations tardives et des renoncements aux soins limitent la chance de guérison du patient et sa récupération sociale. Il est évident, dans ce genre de problèmes, de parler de défavoritisme et du manque de démocratie en santé publique. La diversité des éléments en cause de cette précarisation dans le social souligne la nécessité de répondre aux différentes thématiques de précarité de la santé ainsi qu'à la prise en compte des situations sociales susceptibles de limiter la productivité²³⁴ ou l'efficacité de la médecine et des soins envisagés.

La France s'intéressait bien avant aux questions d'inégalités sociales face à la mort et à certaines situations spécifiques de pauvreté et de précarité sociale, mais ces questions ont été depuis longtemps négligées dans les recensements ou les statistiques de la santé. Les besoins présentés en matière de soins et d'assistance par la population touchée par la précarisation et la carence sanitaire permettent d'orienter la communication de santé vers le public ciblé. Le fait de mettre la communication à proximité du public fragilisé²³⁵ porte en soi des principes et des objectifs à atteindre comme amenuiser les capacités des personnes à prévenir, à gérer certaines maladies éventuelles et enfin leurs conséquences. Pour mieux répondre à ces exigences, il était donc évident de comprendre les changements de dégradations de l'état de santé du patient en relation avec son parcours pour pouvoir renforcer les moyens de répondre aux obligations particulières du public ciblé.

Dès 1990, de nombreux programmes²³⁶ de recherches et d'études sur la thématique de santé ont été développés en parallèle avec d'autres programmes existants pour évaluer les problèmes et les besoins des groupes de populations précaires tels que les plus démunis, les pauvres renonçant aux soins de santé, les bénéficiaires de prestations sociales tout comme les consultants de centres de soins gratuits et/ou les usagers des centres d'hébergement. Ces méthodes de recherches et d'études sont lancées dans la campagne de communication des populations précaires, mais elles donnent une mosaïque d'informations que la population ciblée n'est pas en mesure d'accompagner au premier degré puisque la vie précaire est devenue leur seconde nature. Cette démarche de communication permet donc de croiser de

²³¹ Selon la définition donnée dans la Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948, (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100).

²³² Thérèse LECOMTE, Andrée MIZRAHI, Arié MIZRAHI, « *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux, enquête sur la santé et les soins médicaux France 1991-1992* », Rapport n° 446 (biblio n° 1129) Juin 1996.

²³³ ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, « *Précarité, pauvreté et santé* », un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie. L'Académie saisie dans sa séance du mardi 20 juin 2017, a adopté le texte de ce rapport avec 40 voix pour, 23 voix contre et 13 abstentions.

²³⁴ *Ibid.*

²³⁵ *Ibid.*, p. 6.

²³⁶ *Ibid.*, p. 9.

manière différente certains types de conditions de vie et des parcours sociaux permettant l'accès à une réponse santé précarisation. Une nécessité d'aller à la rencontre directe²³⁷ des groupes des personnes et des malades en situation de précarité s'impose pour apporter de soins équitables. Toutes les catégories ou toutes les classes sociales sont appelées à faire face et à aider les plus démunis comme la mise en place des centres de soins gratuits, d'hébergement, des foyers, des centres de toxicomanies, d'alcoologie, des milieux carcéraux ou du chômage, etc.

2) Comparaison du système de santé américain et du système français.

La comparaison entre le modèle français et le modèle américain est faite simplement pour faciliter la compréhension de la question : pourquoi les États-Unis n'arrivent-ils pas à fournir à leurs citoyens un système de soins de qualité ? Selon le classement²³⁸ de l'Organisation mondiale de la santé, la France occupe la première place au niveau mondial et les États-Unis eux sont au trente-septième rang. Il est nécessaire de connaître les raisons de cette différence entre ces deux systèmes de santé tout en sachant qu'un Américain aux États-Unis dépense deux fois de plus qu'un Français en France. C'est une différence qui se justifie dans plusieurs critères d'indicateurs de santé et qui explique par conséquent le pourquoi de cette différence au classement. Les Américains qui dépensent plus dans la santé vivent moins longtemps que les Français en raison leurs habitudes alimentaires. Cela prouve l'inefficacité du système de santé américain. Les deux pays ont une augmentation majeure des dépenses de santé tous les ans, mais les États-Unis dépensent toujours le triple qu'en France. En 2015, cette dernière a consommé dans ses soins et biens médicaux environ 194,6 milliards d'euros. « Elle progresse de 1,8 %, soit légèrement moins rapidement que le PIB en valeur (+1,9 %), contrairement à la période 2012-2014 où sa croissance était supérieure à celle du PIB. La France consacre, au total, 11 % de son PIB à la santé, tout comme la Suède, l'Allemagne et les Pays-Bas. »²³⁹. Les États-Unis détiennent le record mondial des dépenses de santé. Ils ont atteint la somme de 3 200 milliards de dollars en 2015, soit aux environs de 9 900 dollars par personne ou plutôt en hausse de 6 % par rapport à 2014 selon le rapport du Centre for Medicare et Medicaid Services sur les dépenses de santé en 2015. « Les dépenses fédérales, qui représentent 29 % du total, ont augmenté plus vite encore : +8,9 % en 2015, après +11 % en 2014. Notamment chez Medicare. »²⁴⁰

Le système français couvre en principe la totalité du territoire grâce à la Couverture médicale universelle (CMU) à la différence des Américains qui ont un système qui diffère selon les groupes sociaux. Aux USA, le modèle de remboursement des médicaments varie selon la procédure engagée ainsi que les dépenses des programmes sanitaires concernant le patient tels que Medicare, Medicaid et Assurances privées.

²³⁷ *Ibid.*, p. 12.

²³⁸ Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant », Genève, Suisse, mercredi 21 juin 2000.

²³⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé, Les dépenses de santé en 2015 - Résultats des comptes de la santé, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2015-resultats-des-comptes-de-la-sante>

²⁴⁰ Jean-Michel GRADT, « Record mondial des dépenses de santé », LesEchos.fr, le 12 janvier 2017, consulté le 21 septembre 2017. https://www.lesechos.fr/12/01/2017/lesechos.fr/0211685138196_les-etats-unis-detiennent-le-record-du-monde-des-depenses-de-sante.htm

En revanche, dans ces deux pays, il existe une ressemblance dans leur système de santé justifiée par le manque d'information de la population sur les bases de fonctionnement de soins et de remboursement. Les patients ne connaissent pas forcément leurs droits et le système manque de transparence. Les étrangers sur le territoire américain se trouvant avec un revenu faible rencontrent des difficultés d'accès aux soins, d'informations qui augmentent, entre autres, dans la catégorie de population sans assurance. En France, les étrangers sont couverts dans le système de santé par le programme d'assurance maladie et les personnes en situation irrégulière sont couvertes par d'Aide médicale d'État.

La réforme du système de santé encouragée par le président Barack Obama est-elle faite, incontestablement, pour garantir à chaque Américain une couverture médicale ?

Aujourd'hui, l'assurance maladie américaine ne propose plus une couverture universelle. Une grande partie de la population n'a pas d'assurance maladie et le système de santé américain reste toujours inégalitaire. Les dispositions mises en place ne couvrent qu'une partie de la population américaine. Il est donc indispensable d'accepter la réforme, mais il est aussi nécessaire de penser à un compromis entre tous les acteurs de santé.

La Cour Suprême des États-Unis a ratifié le 28 juin 2012 la constitutionnalité du « *Patient Protection and Affordable Care Act* »²⁴¹, cette loi avait pour principe de donner accès aux soins de santé à environ cinquante millions d'Américains qui jusqu'en 2012 ne disposaient pas d'une assurance maladie. Quelques jours après sa ratification, sa constitutionnalité a été contestée devant les juridictions fédérales par certains Etats fédérés. À l'exemple de la Floride, le Texas, la Caroline du Sud ainsi que des individus avec l'appui de la Chambre de Commerce appelée *US Chamber of Commerce*. Mais les juridictions fédérales de première instance et les cours d'appel ont adopté des solutions divergentes. L'histoire d'Obamacare est tellement longue et large qu'elle peut faire l'objet d'une thèse universitaire.

L'objet préconisé dans le plan du président Obama sur la réduction des coûts de santé est authentique pour assurer un changement sur une politique de prévention et une autre de santé de qualité.

Toutefois, cette politique connaît beaucoup de difficultés dès la période des campagnes électorales aux USA, menées par le candidat républicain Donald Trump. Ce dernier, à la tête de la Maison Blanche, a essayé par tous les moyens de mettre en échec l'Obamacare, mais cette couverture maladie de Barack Obama persiste.

Pourquoi aux États-Unis, les sénateurs républicains ne parviennent-ils toujours pas à mettre en échec et à abroger le système de santé Obamacare ?

Cette politique fait l'objet de plusieurs idées divergentes et le Sénat est complètement divisé. Jusqu'au mercredi 27 septembre 2017, la majorité des sénateurs républicains a renoncé à l'abrogation totale de cette politique de santé en mettant un projet d'abrogation partielle du système Obamacare.

Le jeudi 12 octobre 2017, le président Donald Trump a signé un nouveau décret destiné à contourner certaines mesures du système Obamacare. Ce décret donne une possibilité aux assureurs de proposer de nouveau des couvertures de santé qui ne prennent en charge que trois catégories de soins : les soins des services pédiatriques, psychiatriques et obstétriques – gynécologiques.

²⁴¹ « *Le Patient Protection and Affordable Care Act* », est une loi votée par le 111^e Congrès des États-Unis, elle est appelée couramment « *Obamacare* » et elle a été promulguée par le président Barack Obama le 30 mars 2010.

L'abrogation de cette loi adoptée en 2010 était l'axe central de la campagne de Donald Trump. Ce dernier a promis aux Américains une nouvelle couverture maladie et cette promesse devient une obsession dans chaque rencontre de la Maison Blanche. L'administration Trump a épuisé tous les recours, malgré leurs efforts répétés, elle n'a pas pu rassembler la majorité des sénateurs pour voter l'abrogation du système Obamacare. Par conséquent, l'abrogation est repoussée à une date ultérieure. C'est pourquoi le président Trump a choisi la voie réglementaire pour instaurer de nouvelles normes tout en contournant ce blocage législatif. Toutefois, il est possible que le décret du Président Trump contrarie les différents tribunaux des États membres. Un article du journal *Le Monde* précisait que « Donald Trump "se sert d'un boulet de démolition pour détruire tout notre système de santé", a commenté le chef de la minorité démocrate au Sénat, Chuck Schumer. "Ayant échoué à faire abroger la loi par le Congrès, le président sabote le système", a-t-il ajouté.

Le nouveau décret de Donald Trump risque d'être contesté devant la justice par les procureurs généraux démocrates dans les différents États de l'Union.

Selon le site d'information Politico qui cite deux sources, Donald Trump prévoit de couper les financements des assureurs qui continueraient de proposer des couvertures Obamacare.

Sans ces financements, évalués à sept milliards de dollars, ces assureurs pourraient être contraints de cesser de proposer les couvertures "Obamacare".

La Maison Blanche a ultérieurement confirmé l'information et justifié cette décision en expliquant que la loi (nouveau décret) lui interdisait de poursuivre ces financements. »²⁴²

En revanche, il est un sujet dans lequel les USA ont beaucoup investi et peuvent apporter plus d'informations et de recherches sur la santé des citoyens. Il est un domaine de la santé en particulier qui est très performant chez eux, c'est la prise en charge des problèmes psychiques qui, même non pris en charge financièrement par l'État, constitue un modèle pour la France. Ainsi, parlons de l'art-thérapie aux USA.

a) L'art-thérapeute aux États-Unis d'Amérique.

Les Américains ont prouvé la grande utilité de l'art-thérapie dès la fin de la Seconde Guerre mondiale. Ils utilisent l'expression artistique pour aider les civils et les militaires à faire face aux expériences traumatisantes et pour les accompagner à reprendre une vie normale. Le monde scientifique tel que les thérapeutes, les psychologues, les psychiatres et les artistes approuvent et ont recours à l'art-thérapie pour assurer un bon diagnostic et un soin des troubles psychiques. L'importance ou le rôle thérapeutique de l'art dans l'activité médicale a été défendu au XIX^e siècle par Rudolf Steiner pour développer l'anthroposophie et au début XX^e siècle par Carl Gustav Jung et Sigmund Freud qui donnèrent aux images visuelles la possibilité de refléter l'inconscient du malade. Cette réflexion fut également élargie par certains psychanalystes comme Mélanie Klein ou Anna Freud qui gardèrent l'importance de la création artistique au profit du développement et de l'épanouissement de l'enfant. L'usage de l'art-thérapie est fréquent aux États-Unis d'Amérique, dans les hôpitaux et les maisons d'incarcération pour le développement personnel du patient, mais aussi pour le

²⁴² Article, *Le Monde* avec AFP. Publié le 13 octobre 2017 à 06h18 - Mis à jour le 13 octobre 2017 à 6h18.

processus aux soins des troubles mentaux. Cette pratique est soutenue par l'Association Américaine d'Art-thérapie (*art-therapy*), qui assure que quarante-cinq minutes de création, c'est-à-dire d'activités créatives, améliorent la diminution d'un taux de cortisol ou simplement la réduction de stress dans le corps.

La pratique d'art-thérapie connaît un peu de difficulté ou plutôt de concurrence puisque certains patients font la confusion entre art-thérapie et coaching. Ce dernier a eu une influence auprès des sportifs de haut niveau, mais aussi de grands cadres des entreprises. Cette profession aide le professionnel et tout individu à changer et à abandonner ses soucis psychosociaux. Cette analyse est aussi approuvée par l'expert médecin, psychiatre et coach, Éric Albert, pour lequel le développement de cette pratique d'accompagnement concurrencera la pratique et la technique thérapeutiques. C'est une pratique qui, au départ, avait pour mission d'accompagner des sportifs de haut niveau et de s'occuper des entreprises, mais aujourd'hui son domaine d'intervention a évolué. Les coaches aident les gens à s'adapter aux événements éventuels, un coach est un facilitateur de l'adaptabilité. Selon les propos d'Éric Albert : *« On en compte quatre, reflétant bien l'évolution de la profession. Tout d'abord, le coach venu du monde sportif, le plus connu du public : auprès de son champion, il conjugue les rôles de substitut parental, d'enseignant, d'ami, d'entraîneur, etc. Vient ensuite le coach « psy » : issu du milieu de la psychologie, il se conçoit comme un "miroir révélateur de la vraie personnalité du sujet", au risque parfois de tomber dans la « gouroutisation ». Puis le coach "expert" : possédant une compétence technique dans un domaine précis, sa mission est de "dire ce qu'il faut faire." Mais sa "spécialisation" constitue également sa limite : lui aussi risque de se rendre indispensable. Dernière catégorie enfin, à laquelle j'appartiens : le coach qui accompagne tout individu vers le changement. »*²⁴³

b) L'art-thérapeute en France

Dès l'apparition de cette pratique en France, elle n'a eu de cesse de se développer en accompagnement de la santé. Elle est reconnue dans la politique générale de santé comme un outil psychothérapeutique et reste indispensable dans la majorité des centres de santé ou des établissements de soins. Les activités de ses ateliers les plus fréquentes sont : arts plastiques, musique, danse, théâtre et écriture. Elles mettent en marche deux éléments : un processus de créativité, d'une part, et, d'autre part, un processus de transformation.

Dans le cadre de cette prise en charge, le domaine d'intervention est bien défini ainsi que le lieu, le moment et la fréquence de l'atelier. Le respect des participants aux ateliers dans leur dimension psychologique et même physique requiert un droit inaliénable. Ce n'est qu'avec l'accord du patient de participer à l'atelier que l'action de l'art-thérapeute est bien retenue. En France, l'art-thérapie peut être exercée librement par toute personne, hommes et femmes qui ont le titre d'art-thérapeute, quel que soit le mode d'exercice prévu ou le cadre professionnel, pareillement, pour l'activité d'enseignement ou de recherche.

Le Code de déontologie précise dans son préambule : *« Sa finalité est avant tout de protéger le public et les art-thérapeutes contre les mésusages de l'art-thérapie éclairée par la psychanalyse et contre l'usage de méthodes et techniques se réclamant abusivement de l'art-*

²⁴³ Site de Psychologies : <http://www.psychologies.com/Therapies/Toutes-les-therapies/Therapies-brevs/Interviews/Les-coachs-vont-remplacer-les-psys>

thérapie. Les institutions et/ou organisations professionnelles signataires du présent Code s'emploient à le faire connaître et respecter. Elles apportent, dans cette perspective, soutien et assistance à leurs membres. L'adhésion des art-thérapeutes à ces organisations implique leur engagement à respecter les dispositions du Code. Qu'il soit sous le couvert d'une organisation et/ou d'une institution et/ou qu'il exerce en libéral, l'art-thérapeute, en adhérant à ce Code de déontologie, s'engage à le respecter. »²⁴⁴

Le professionnel thérapeute doit se conformer aux dispositions édictées par les législations nationales, européennes et internationales sur toute question du respect des droits fondamentaux des personnes. : la dignité, la liberté et la protection des participants. Du fait de sa qualification, il participe à la politique de prévention et aux soins dans les modalités maximales de sécurité imposées par ce Code de déontologie et aux prochaines mesures liées à son évolution. Il s'engage non seulement à respecter les limites et obligations dudit Code de déontologie, mais aussi celles imposées par le Code de la santé publique. L'exercice des spécialistes en France est sous l'encadrement de la Fédération Française des Art-Thérapeutes. Il y a aussi la Ligue Professionnelle des Art-thérapie qui soutient et encourage les ateliers thérapeutiques ou/et toutes sortes de métiers d'art-thérapeutes.

B] CERTAINS ÉTABLISSEMENTS ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE.

Le « *Programme Culture à l'Hôpital* » dans la nouvelle politique de santé nécessite l'accompagnement des établissements acteurs de santé publique. Cette alliance a pour but d'orienter, d'organiser l'activité et de la mettre au profit des malades, d'un groupe ou de la communauté. Le Code de déontologie d'art thérapeutique précise aussi en son article 24 que : « *En institution, seul le médecin (psychiatre et/ou généraliste) est habilité à prescrire des séances d'art-thérapie – à l'exclusion de tout autre professionnel. Le médecin qui prescrit des séances d'art-thérapie laisse l'art-thérapeute libre d'utiliser les moyens techniques qu'il estime adaptés à la problématique du patient. L'art-thérapeute ne calque pas ses interventions sur le temps institutionnel. L'art-thérapeute doit tout mettre en œuvre afin de respecter temps thérapeutique et temps psychique. Pour garantir cette condition technique essentielle, il prévoit au sein de l'espace art-thérapeutique un espace de repos et un espace de travail art-thérapeutique. Il peut ainsi décider à tout instant qui lui paraît favorable d'interrompre la séance tout en garantissant la sécurité des patients. Il peut aussi moduler l'interruption de la séance en fonction de chaque patient d'un même groupe. »²⁴⁵*

Il y a d'autres principes envisagés dans la Déclaration demandant à tout acteur culturel, quel que soit son domaine d'intervention, d'entreprendre des initiatives facilitant les droits culturels des participants aux séances d'ateliers. L'article 9 de ladite Déclaration énonce des principes de gouvernance démocratique tels que : « *Le respect, la protection et la mise en œuvre des droits énoncés dans la présente Déclaration impliquent des obligations pour toute personne et toute collectivité ; les acteurs culturels des trois secteurs, public, privé ou civil, ont notamment la responsabilité, dans le cadre d'une gouvernance démocratique, d'interagir et au besoin de prendre des initiatives pour :*

²⁴⁴ LPAT, « Code de déontologie de l'Art-Thérapeute », op. cit.

²⁴⁵ Ibid.

- a. veiller au respect des droits culturels, et développer des modes de concertation et de participation afin d'en assurer la réalisation, en particulier pour les personnes les plus défavorisées en raison de leur situation sociale ou de leur appartenance à une minorité ;
- b. assurer notamment l'exercice interactif du droit à une information adéquate de façon à ce que les droits culturels puissent être pris en compte par tous les acteurs dans la vie sociale, économique et politique ;
- c. former leurs personnels et sensibiliser leurs publics à la compréhension et au respect de l'ensemble des droits de l'homme et notamment des droits culturels ;
- d. identifier et prendre en compte la dimension culturelle de tous les droits de l'homme, afin d'enrichir l'universalité par la diversité et de favoriser l'appropriation de ces droits par toute personne, seule ou en commun. »²⁴⁶

Le centre hospitalier *Le Vinatier* à Lyon est l'un des grands hôpitaux psychiatriques les plus réputés de France. Il est en quelque sorte un centre de culture professionnelle très marquée et cela a motivé non seulement plusieurs processus créatifs de la culture, mais aussi une population de proximité dans une culture à dimension pédagogique tout autour de la psychologie. Autrefois, il était question de disqualifier et de minimiser la maladie mentale qui avait un statut social marginalisé et stigmatisé. « *Le rapport au territoire est lui aussi contraint par un paradoxe entre la puissance de l'héritage de "l'île aux fous" et le vécu au quotidien d'une organisation en archipel. Sans compter les appels au réseau. Il existe une véritable scission de culture professionnelle entre les équipes "extra" et les équipes "intra". De plus, alors que l'essentiel des activités se concentre actuellement en ville, la population identifie globalement la psychiatrie au territoire "fermé" »²⁴⁷, selon Carine Delanoé-Vieux.*

Les objectifs des démarches culturelles menées par la Ferme du Vinatier sont bien différents des actions culturelles organisées auparavant dans l'hôpital. Cette nouvelle démarche d'activité de la Ferme du Vinatier se distingue de celle des séances créatives et des activités personnelles, mais aussi de celles de réhabilitations de la personne malade. Il est aussi question dans l'espace social de l'œuvre créatrice du patient. Dans la logique des ateliers, il ne s'agit pas de favoriser davantage la création individuelle dans la pratique artistique, mais plutôt d'organiser la participation massive et active des personnes malades. Dans les mêmes conditions, la réalisation d'un tel projet artistique et collectif demande une diffusion dont sa qualité est assurée par la présence et l'intervention des artistes du domaine. La Ferme dirige ses activités culturelles dans trois axes précis : la création contemporaine, le patrimoine et les sciences sociales. Le point fort de ces activités est effectué en partenariat avec les institutions culturelles de la région et s'inscrit dans le « *Programme Culture à l'Hôpital* »²⁴⁸. La Ferme du Vinatier dispose actuellement d'une salle d'exposition et d'une salle réservée aux ateliers de créations artistiques et aux formations envisagées dans le cadre de partenariats artistiques.

Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de La Verrière au Mesnil Saint-Denis dans les Yvelines n'est pas connu dans ce « *Programme Culture à l'Hôpital* »²⁴⁹ comme lieu d'isolement, mais plutôt comme espace limité, mais ouvert. Grâce à cette politique culturelle, ce Centre devient un lieu de citoyenneté où le patient n'est plus réduit seulement à son état de

²⁴⁶ Déclaration de Fribourg, « *Les droits culturels* », *op. cit.*

²⁴⁷ Carine DELANOÉ-VIEUX, « *La Ferme du Vinatier* », VST - Vie sociale et traitements, 2005/4 (n° 88), pp. 67-73. p. 1.

²⁴⁸ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

²⁴⁹ *Ibid.*

santé. L'hôpital réserve dans son enceinte un espace de liberté individuelle approfondi par le libre-choix. Cela a renforcé le lien entre le professionnel soignant et son patient dans un projet commun. Les ateliers de théâtre à l'hôpital utilisent tous les espaces du Centre et le public interne ou externe à l'établissement à son tour participe aux événements culturels en qualité d'acteur et de spectateur.

La Délégation au développement et aux affaires internationales coordonne les politiques publiques pour garder une meilleure image sur les plans européen et international au sein du ministère de la Culture et de la Communication. Cette Délégation est responsable des programmes III et XII de la loi organique de la loi de finances. Ces deux grands programmes s'occupent de la transmission des savoirs et de la démocratisation de la culture ainsi que de la relation – recherche culturelle – entre culture et science. Elle a pour mission, en étroite collaboration avec les départements ministériels du domaine, d'orienter, de coordonner, et d'ouvrir un accès à la culture en général. Elle est chargée de repérer et de soutenir toute création sur le plan artistique et culturel et/ou institutionnel attirant le public et d'en assurer la diffusion des résultats. Il est dans sa responsabilité de diffuser les mesures législatives et réglementaires sur le mécénat envers les partenaires.

1) L'Agence Régionale d'Hospitalisation Rhône-Alpes et la Direction Régionale des Affaires Culturelles (Rhône-Alpes) avec les compagnies de théâtre.

Il est important de souligner que dans les différentes conférences mondiales sur les droits de l'Homme, le rôle constructif que jouent des institutions nationales pour le maintien de la promotion et de la protection de ces droits plus précisément dans leur mission de conseiller et de diffusion des principes des droits de l'Homme et de l'éducation, était bien prise en considération. Ces mêmes principes de droit sont repris dans la Déclaration de Fribourg pour élargir et renforcer la responsabilité des institutions publiques participantes dans la politique des droits culturels. « *Les États et les divers acteurs publics doivent, dans le cadre de leurs compétences et responsabilités spécifiques :*

a. intégrer dans leurs législations et leurs pratiques nationales les droits reconnus dans la présente Déclaration ;

b. respecter, protéger et réaliser les droits énoncés dans la présente Déclaration dans des conditions d'égalité, et consacrer au maximum leurs ressources disponibles en vue d'en assurer le plein exercice ;

c. assurer à toute personne, seule ou en commun, invoquant la violation de droits culturels l'accès à des recours effectifs, notamment juridictionnels ;

d. renforcer les moyens de la coopération internationale nécessaires à cette mise en œuvre et notamment intensifier leur interaction au sein des organisations internationales compétentes. »²⁵⁰

En France, l'alliance entre l'Agence Régionale d'Hospitalisation Rhône-Alpes et la Direction Régionale des Affaires Culturelles dans le « *Programme Culture à l'Hôpital* »²⁵¹ envisage une politique d'évaluation de chaque projet mis en place qui les lie directement ou indirectement avec les compagnies participantes à cette politique.

²⁵⁰ « *Les droits culturels, Déclaration de Fribourg* », *op. cit.*, article 11, page 10,

²⁵¹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

L'article 4 de la Convention précise la possibilité de convention entre régions : « *Afin de conforter les politiques culturelles des établissements hospitaliers au niveau régional, des conventions pourront être signées entre la Direction Régionale des Affaires Culturelles et le ou les hôpitaux d'une ville ou, mieux, entre la Direction Régionale Affaires Culturelles et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Ces conventions viseront à appliquer localement les différents articles de la présente convention.* »²⁵²

Lorsque la force publique accorde des financements pour mettre en place un dispositif, il est impératif qu'il y ait des évaluations. Il en va de même quand il y a des objectifs fixés et entrepris par une personne ou une collectivité. Elles prévoient dans le partenariat cinq points ou critères d'évaluations :

- des réflexions sur les éléments à évaluer ;
- des éléments de description de l'action conduite ;
- de comprendre que la culture à l'hôpital est comme génératrice d'un comportement salubre ;
- de souligner les caractères fondamentaux escomptés dans ce programme ;
- d'envisager quelques recommandations pratiques aux initiateurs et animateurs de la démarche.

Les compagnies de théâtre passent du statut de partenaire à celui d'acteur principal ou de gestionnaire de projets culturels. Ces différents axes instaurent des jumelages entre ces institutions culturelles et les hôpitaux concernés, développent la structuration des bibliothèques hospitalières et enfin instaurent à l'hôpital une fonction en charge des actions culturelles. Ces objectifs affirment dans leur ensemble l'importance de faire appel à des professionnels compétents et disponibles pour organiser et coordonner des activités artistiques et culturelles dans les établissements de santé. Cela a permis l'ouverture des nouveaux services et d'emplois jeunes dans le secteur. Aujourd'hui, il y a plusieurs personnes formées dans la région. Les lois de décentralisation²⁵³, celle de 1982 et celle de 1983, ont confié aux départements certaines compétences du domaine sanitaire et social. Actuellement, en France, les départements connaissent d'autres responsabilités comme la protection maternelle et infantile, la politique de vaccinations, de prévention de la tuberculose et du cancer, mais aussi de la politique culturelle dans la santé publique.

Il est évident que ces modalités de financement demandent une participation massive et active dans les projets. D'autres questions sont évidentes pour l'efficacité du projet : comprendre comment traduire la gestion économique d'un projet artistique par une équipe soignante ? Est-il possible d'évoquer ou de parler d'un dépassement de fonction ? Cela ne déroge-t-il pas au financement de l'hôpital ? L'implication des professionnels de santé dans un projet culturel ne constitue-t-elle pas une échappatoire à leurs fonctions initiales et difficiles ? Est-il possible de faire évoluer les mentalités des personnes si ce sont les mêmes personnes qui participent ? Une fois que le projet entrepris arrive à terme, en reste-t-il des traces ?

²⁵² *Ibid.*, Annexe numéro 3.

²⁵³ Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions et la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État *loi Defferre*.

a) Les maisons de santé pluridisciplinaires.

L'article L.711-1 du Code de la santé publique énonce que « *Les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention. [...] »*²⁵⁴

Il doit généralement apparaître dans le projet artistique exercé à l'hôpital les éléments suivants : l'implantation géographique, le type d'établissement visé, l'activité culturelle envisagée et enfin le développement d'une politique culturelle dans les établissements de soins. Les actions médico-sociales incitent la désertification et la mise en place des maisons de soins à proximité de la population. L'article L.6323-3 du Code de la santé publique édicte que : « *La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Une maison de santé universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. [...] »*²⁵⁵

Ces maisons peuvent ou doivent associer les professionnels médico-sociaux pour qu'ils puissent participer aux actions culturelles. Ce regroupement professionnel de santé doit être complété par des artistes pour assurer la mise en place de la culture au sein de l'établissement. Les maisons de santé pluridisciplinaires commençaient à avoir plus d'influence sur le territoire français depuis 2007 et elles ont eu le soutien des pouvoirs publics particulièrement par l'adoption de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire en 2009²⁵⁶. On en compte actuellement, plus de 400 établissements sur tout le territoire.

Les professionnels de santé, dans ce modèle de structure, mettent au premier plan les soins et envisagent d'accueillir des ateliers de théâtre ou toute sorte d'art-thérapie au second plan. Ils se donnent des principes pour améliorer la prise en charge du patient, mais aussi des conditions de travail attractives. Les assises de théâtre de santé deviennent en quelque sorte un moyen de distraction pour les patients en suivant les principes de santé en vigueur.

b) La vision des maisons des artistes face à la nouvelle politique culturelle dans la santé

Les initiatives culturelles sont désormais reconnues comme des instruments logiques de la cohésion sociale, mais aussi du développement du processus de santé du patient et

²⁵⁴ Légifrance, Code de la santé publique, version en vigueur du 2 juillet 1998 au 30 décembre 1999, consultée le 26 décembre 2018

²⁵⁵ Code de la santé publique, *op.cit.*

²⁵⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *Journal Officiel de la République Française*, n°0167 du 22 juillet 2009, p. 1 2184.

tenues comme un dispositif de la politique de santé, d'où la multiplication des projets théâtraux au sein des établissements de santé. Chaque appel à l'art dramatique constitue un rapport entre les artistes, les acteurs de santé publique ou/et privée et les patients. Une affirmation s'impose à l'utilité cardinale de la création artistique ou de la présence des ateliers de théâtre à l'hôpital. Leur argumentation s'appuie sur l'idée de la démocratisation de la culture en tant qu'action publique défendant la politique culturelle. Un système de distinction entre la culture savante observée comme légitime et universelle et la culture populaire sous la pratique de professionnels ou celle des amateurs avec des créations urbaines est réalisé avec un œil différent.

Depuis les années quatre-vingt, une approche distincte des relations liant la population avec l'art et la culture d'une manière générale est proposée sous l'angle de la démocratie culturelle et participative et sa nouvelle stratégie est de répondre aux exigences de la cohésion sociale. Les grands personnages du théâtre constatent la montée en puissance des collectivités territoriales dans les questions des affaires culturelles où les villes sont conviées à mettre en place une politique culturelle orientée sur le développement de l'accès à la culture par la population locale. C'est la raison pour laquelle les actions culturelles sont habituellement associées aux groupes ou aux interventions urbaines, aux assises sociales et au dispositif d'éducation de santé. Cette initiative qui consiste mettre le théâtre à la disposition d'un public fragilisé témoigne d'une nouvelle forme d'intervention médico-sociale et précise aux artistes que cette opinion est le fruit de leur participation. *« En quoi les projets artistiques et culturels de territoire constituent-ils un nouvel instrument d'action publique ? Quels sont les nouveaux enjeux que ces projets posent aux acteurs qui participent à leur mise en œuvre ? Comment in fine l'évaluation telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui est-elle mise à l'épreuve par ces projets ancrés dans des contextes sociaux singuliers ? »*²⁵⁷

Les ateliers de théâtre dans les établissements de soins *« se veulent des lieux d'échange avec le citoyen, dans une démarche ascendante, pragmatique et de proximité afin de construire des solutions convergentes et de produire du consensus. D'un point de vue culturel, la participation des citoyens prend une forme esthétique. À travers le développement de projets artistiques et culturels de territoire, on observe des modalités différentes de rencontre entre les habitants, les artistes et les acteurs du territoire, mais, aussi, de nouveaux rapports entre l'art et la question sociale (Bordeaux et Liot, 2012). Ces projets artistiques et culturels ont pour particularité de s'inscrire hors les murs, en dehors des équipements culturels, et impliquent un enracinement local pour être au plus près du territoire, et donc de ses habitants. Ils permettent à la création d'être plus en prise avec les questions de société. »*²⁵⁸

Chloé Langeard démontre encore une fois que *« ces projets artistiques et culturels de territoire associent habitants, artistes, professionnels de la culture, associations, institutions culturelles et non culturelles autour de la réalisation d'œuvres collectives à destination de l'espace public. Ils aspirent à inscrire la création dans la vie sociale. Ils deviennent ainsi une production de la population même du territoire, favorisant la rencontre de celle-ci avec le fait*

²⁵⁷ Chloé LANGEARD, « Les projets artistiques et culturels de territoire. Sens et enjeux d'un nouvel instrument d'action publique », *Informations sociales* 2015/4 (n° 190), p. 64-72. p. 3.

²⁵⁸ *Ibid.*, p. 4

artistique et culturel, en particulier de la population considérée comme "éloignée" d'une certaine offre culturelle. »²⁵⁹

2) L'ouverture vers un nouvel emploi

Dans cette nouvelle politique de la santé et de la culture, des acteurs se mobilisent pour la mise en place des actions qui s'imposent peu à peu et des fonctions culturelles appelées « emplois-jeunes » se pérennisent. Christelle Carrier explique que la création du poste ou de la fonction de responsable chargée des actions culturelles au Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg se caractérise par deux axes très dynamiques. D'une part, la possibilité octroyée par la Convention de 1999 de recruter des responsables chargés des actions culturelles (emplois-jeunes), et, d'autre part, l'utilisation des partenaires internes pour remodeler l'existant. Il est donc impératif d'avoir un interlocuteur légitime dans ce système de développement. Il est ainsi remarquable que ces emplois-jeunes trouvent leur légitimité à l'hôpital grâce aux actions menées aux profits des patients. L'intégration de l'art tel que le théâtre dans les centres de santé pour le bien des enfants autistiques et psychotiques a eu un impact chez les acteurs concernés. Quand les patients se voient attribuer un autre cadre de soins loin du cadre d'une personne hospitalisée, cela permet aux soignants de modifier leur regard envers eux, mais aussi ceux des usagers ou les familles qui ont trouvé une autre place dans le processus de santé de leur proche. Ce projet a facilité les échanges entre les usagers de l'hôpital, les artistes et le personnel de soins hospitaliers. Il est évident que cette fonction a trouvé sa légitimité dans la force de ses projets artistiques. De nombreux artistes et des structures culturelles et artistiques sont attirés par cette ouverture ouvrant un nouveau champ d'intervention, d'expérimentation et d'échange, dans une première phase, pour encourager ce programme national et dans une seconde phase, pour être des interlocuteurs identifiés au sein de l'hôpital. Plusieurs partenariats ont vu le jour comme celui du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg avec le Théâtre Le Maillon, les musées de la Ville de Strasbourg, le Théâtre Jeune Public, le Conservatoire National de Région, la Bibliothèque municipale de Strasbourg, l'Opéra National du Rhin, les associations Musique et santé et Graine de cirque ou celui de l'hôpital de Nanterre et le Théâtre des Amandiers, etc.

L'article 3 de cette Convention précise la mise en place des responsables culturels dans les établissements de santé : *« La coordination d'activités culturelles dans les hôpitaux nécessite souvent un personnel à la fois compétent et disponible, qui fait défaut dans la plupart des hôpitaux. Pourtant, toute politique culturelle volontariste nécessite d'être mise en place par un professionnel. Afin de répondre à cette question, le présent accord entend favoriser la présence de responsables culturels dans les hôpitaux, le cas échéant auprès des chargés de la communication, en lien avec le milieu culturel professionnel local. Pour ce faire, les financements proviendront d'une part, des crédits de l'État (en particulier par le dispositif emplois-jeunes qui assure 80 % du coût salarial de chaque poste sur la base du salaire minimum), d'autre part, par des recettes complémentaires provenant de l'hôpital lui-même et des collectivités locales. Des formations adaptées seront mises en place à l'initiative*

²⁵⁹ Ibid.

du ministère de la Culture et de la Communication pour ces responsables culturels. L'objectif de cent responsables culturels sur cinq ans est fixé par la présente convention. »²⁶⁰

À partir de cette innovation, une analyse de la demande de ce service artistique à l'hôpital s'interroge sur l'identité de la fonction, de l'hôpital et la valeur des ateliers théâtraux. Dans ce sens, un conflit de compétences reste évident au regard de ces analyses. Les personnels médicaux se sentent menacés d'un côté, et, d'un autre, les comédiens à leur tour soulèvent un problème d'usurpation de fonction puisque parfois des infirmiers (ères) dirigent des ateliers de théâtre à l'hôpital. Tous les hôpitaux participants dans cette nouvelle politique rencontrent ce même problème et recherchent dans leur ensemble une solution adéquate. Ces interrogations seront bien développées dans ce même Chapitre/Section II.

a) L'élargissement des compétences culturelles et artistiques hospitalières dans les régions

Le précédent article 3 favorisant l'emploi de l'artiste à l'hôpital est explicitement complété par l'article 4 de la même Convention pour renforcer cette fonction artistique dans les centres hospitaliers des régions sur le territoire français : *« Afin de conforter les politiques culturelles des établissements hospitaliers au niveau régional, des conventions pourront être signées entre la Direction Régionale des Affaires Culturelles et le ou les hôpitaux d'une ville ou, mieux, entre la Direction Régionale des Affaires Culturelles et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Ces conventions viseront à appliquer localement les différents articles de la présente convention. »²⁶¹*

La responsable culturelle au Centre Hospitalier Régional (CHR) d'Orléans, Catherine Gautier, démontre comment l'action culturelle est arrivée jusqu'aux différents centres hospitaliers des régions en particulier celui d'Orléans. *« L'action culturelle était incluse dans une approche pédagogique en pédiatrie générale. Les artistes de la région ont été très sensibles aux sollicitations et ont très vite investi la pédiatrie en offrant des prestations régulières ou ponctuelles. Par la suite, la direction générale m'a proposé d'étendre cette approche artistique à tous les secteurs de l'hôpital. La convention de 1999 a permis de justifier la démarche auprès des administrateurs du Centre Hospitalier Régional d'Orléans. Le poste de responsable culturel a été créé à Orléans en juin 2000. Immédiatement après sa création, j'ai élaboré un plan culturel pluriannuel qui a été présenté aux instances de l'hôpital. »²⁶²*

b) Recommandations.

Il est bien d'intégrer le poste d'agent culturel dans les hôpitaux, mais le risque est qu'un infirmier se voit attribuer des responsabilités culturelles en plus de son travail, il faut donc faire appel à un responsable culturel à part entière qui n'est pas forcément un artiste. Il ne faut donc pas dire que le temps fera les choses, il faut taper aux portes pour que les établissements de santé se projettent dans cette démarche tout en sachant que certains centres ont des projets culturels, mais n'ont pas des locaux appropriés.

²⁶⁰ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

²⁶¹ *Ibid.*

²⁶² Actes du séminaire des 30 et 31 mars 2004, au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

Il est indispensable de mettre en place ou d'avoir un comité de soutien de ce programme au sein des ministères de la Santé et de la Culture, qui aura comme membres des personnes de notoriété publique, des grands personnages artistiques et enfin des écrivains qui peuvent soutenir et divulguer ce projet au grand public. Ce comité aura pour mission de conduire ce jumelage du projet entre professionnels médicaux et partenaires signataires. Il constitue une passerelle de confiance sur le terrain entre l'artiste, les équipes soignantes et les patients, en prenant en compte bien sûr les intérêts des uns et des autres sur le champ d'action.

Ces personnes peuvent aussi se constituer en relais à l'extérieur pour des aides ou des financements. Elles peuvent être directement en contact avec des associations qui organisent des manifestations au profit des hôpitaux pour leur politique culturelle. Dans ce cadre, il faut prévoir dans ce projet un fonds de solidarité pour financer les fondations qui existent déjà. Il pourrait aussi être judicieux de penser au réseau des « *pièces jaunes* » pour d'éventuels financements. Toutefois, le respect de cette structure compétente devra s'imposer au niveau de la politique.

En revanche, d'autres questions restent encore sur la table, telles que la définition ou l'identification de l'action du projet, de l'art ou de l'animation. Il est clair que ce n'est pas du tout la même chose, même si souvent l'animateur exerce des actions culturelles. S'il n'est pas possible de séparer les responsabilités de l'artiste de celles de l'animateur au sein de maisons de soins ou de retraite, en revanche, au sein des établissements de santé, la différence existe entre ces deux actions et leur impact respectif. À un moment donné, la présence de ces actions est nécessaire comme dans les maisons de retraite et il n'y a rien d'anormal, mais elles n'ont pas la même nature. Il n'est pas question de mettre l'une au-dessus de l'autre, mais la présence d'un comédien apporte quelque chose d'inattendu ou de particulier dans les établissements de santé.

SECTION II - LA NOTION DE LA « BIENTRAITANCE »²⁶³ DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Lors d'une conférence de presse tenue le 5 octobre 2010 par le ministre de la Santé et des Sports, Roselyne Bachelot-Narquin, celle-ci divulguait les missions principales prévues pour l'année 2011, pour la protection des patients, leurs droits et leurs proches au sein des établissements de santé. Dans ses points principaux, sur ces thématiques, il apparaît la notion de la « *bienveillance* »²⁶⁴ dans le secteur social et médico-social. À partir de là, cette notion est apparue dans ce secteur comme une nouvelle forme de savoir-faire. Elle a par ailleurs, fait l'objet de plusieurs réflexions dans le système hospitalier sur le plan de la santé et des institutions, dans le but d'éradiquer la maltraitance.

Vraisemblablement, les pouvoirs publics ont, depuis quelques années, doté l'ensemble des établissements de soins de ce secteur des outils juridiques facilitant la mise en place d'une politique de promotion de la « *bienveillance* » et de lutte contre la maltraitance. Elle a connu

²⁶³ Circulaire n° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bienveillance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

²⁶⁴ *Ibid.*

un essor très récent surtout dans la loi de 2002²⁶⁵ rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi portant une nouvelle réforme dans le secteur social et médico-social met en priorité le droit des malades. Dorénavant, ces normes constituent un ensemble d'outils qui permettent aux hôpitaux et à toutes les maisons de soins de répondre aux différents phénomènes de violence et/ ou maltraitance.

La loi de 2005²⁶⁶ pour l'égalité des droits et des chances vient renforcer le dispositif en plaçant les usagers au centre de ce mécanisme qui renforce les droits des personnes en situation de handicap. Il est donc logique de prendre conscience de la question de la maltraitance – qu'elle soit ordinaire ou passive – dans la réalité du système de prise en charge hospitalière des patients. Ces étapes d'études montrent que la notion de la « *bienveillance* » est apparue tardivement dans les soins, mais elle reste actuellement inévitable et incontournable puisque ce phénomène de maltraitance peut facilement affecter le système et la prise en charge du patient dans les établissements de soins. « *La maltraitance est inacceptable, quels que soient son degré et les formes qu'elle revêt. Elle existe, malheureusement, en établissement et à domicile et peut frapper des personnes âgées comme des personnes handicapées. Elle doit être combattue avec détermination, pour protéger toutes celles et tous ceux qui sont en situation de fragilité et ne peuvent se défendre. C'est une mission prioritaire et humanitaire, qui doit être renforcée afin qu'il n'y ait plus en France de cas de maltraitance.* »²⁶⁷ La notion de la « *bienveillance* » a eu une définition ou plutôt une illustration par Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, lors de la grande présentation du « *Plan Développement de la bienveillance et renforcement de la lutte contre la maltraitance* »²⁶⁸, du 14 mars 2007. Il affirme qu'il peut s'agir de toutes sortes de maltraitements passives, issues des petits agissements, de négligences quotidiennes ou bien même d'imprudences telles que : ne pas répondre aux appels des patients, un service de repas trop tôt ou trop tard, des toilettes trop rapides, ne pas respecter les rythmes de chaque patient pour le lever et le coucher ou d'autres agissements professionnellement inacceptables. Raisons pour lesquelles « *il faut non seulement signaler et sanctionner sévèrement les agissements les plus graves, mais aussi développer la prévention et accompagner les institutions et les professionnels dans la mise en œuvre d'une véritable culture de la bienveillance.* »²⁶⁹ En 2008, la Fédération Hospitalière de France a publié à son tour un « *Guide pratique bienveillance/maltraitance à l'usage des établissements et institutions* »²⁷⁰, symbolisant les situations et l'introduction de la notion de « *bienveillance* » dans l'ensemble des établissements de soins de santé. L'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux a donné en 2009 une définition de bonnes pratiques professionnelles de cette notion : « *La bienveillance ne couvre pas l'ensemble des aspects qui concourent à la qualité de l'accompagnement en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, et*

²⁶⁵ « Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale », *Journal Officiel de la République Française*, du 3 janvier 2002, p. 124.

²⁶⁶ « Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », *Journal Officiel de la République Française*, n°36, du 12 février 2005 p. 2353.

²⁶⁷ Philippe BAS, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, « *Développement de la bienveillance et renforcement de la lutte contre la maltraitance* », 14 mars 2007, p. 1.

²⁶⁸ *Ibid.*

²⁶⁹ *Ibid.*

²⁷⁰ Fédération Hospitalière de France, « *Guide pratique Bienveillance/Maltraitance à usage des établissements et institutions* », publié en 2008.

in fine à la qualité de vie des personnes accueillies. Mais c'est l'une des dimensions essentielles de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement. Elle vise, en priorité :

- les conditions d'exercice des professionnels qui concourent à une relation personne accueillie – professionnels respectueux des droits des personnes accueillies, favorisant l'individualisation et la prise en compte de toutes les dimensions de l'accompagnement (médicale, psychologique, sociale) ;

- la professionnalisation et la qualification des intervenants ;
- la potentialisation des ressources tant internes que celles disponibles sur le territoire ;
- l'organisation (communication, documentation, système d'information) et le management, de façon à permettre la mise en œuvre d'un accompagnement inscrit dans une logique d'individualisation, de respect des droits et de prévention »²⁷¹.

Cette problématique a été reprise et soutenue dans le cadre de la campagne de lutte contre la maltraitance dans le secteur sanitaire, par les avancées de 2009 mentionnées dans le rapport de Claire Compagnon et Véronique Ghadi, sur la question de la maltraitance ordinaire dans les établissements de soins rédigée au profit de Haute Autorité de Santé. Les attentes et les témoignages des patients et de leurs proches appuyés par la présence des représentants en matière de « *bienveillance* » ont systématiquement joué un rôle incontestable dans la transformation de la politique de « *bienveillance* » dans le secteur.

La fameuse loi « *Hôpital, Patients, Santé, Territoire* »²⁷² précise que les Agences Régionales de Santé participent en accord avec les services de l'État et les différentes collectivités territoriales habilitées, à la lutte contre la maltraitance ainsi qu'au développement de la « *bienveillance* » au sein des établissements et des services de santé du secteur social et médico-social.

PARAGRAPHE 1 - LA POLITIQUE DE LA « BIENVUEILLANCE » ET LA PHILOSOPHIE ARTISTIQUE

La notion de la « *bienveillance* »²⁷³ est une nouvelle figure dans le domaine des soins de santé et l'art théâtral est une nouvelle avancée dans la politique de la médecine. Ainsi, dans ce secteur, une véritable politique de « *bienveillance* » se dessine entre ces deux disciplines. De ce fait, il est indispensable de prévoir une démarche de mise en place d'une politique artistique de la « *bienveillance* » qui accompagnera la médecine et le malade dans son parcours de soins à l'hôpital ou en dehors de l'hôpital. Les innovations technologiques accompagnées par les règles d'efficacité ne sont pas jusqu'à aujourd'hui comprises, dans ces moindres détails, par les professionnels soignants et par conséquent provoquent un mal-être chez le patient, ce qui manifeste une crise de confiance entre le malade et son médecin. En l'absence de normes réglementaires dans l'art-thérapie, tout cela peut se répercuter chez le patient à l'encontre de l'artiste thérapeute. Plusieurs facteurs favorisent l'émergence de normes dans le domaine artistique au sein des établissements de soins. Sans contestation, la

²⁷¹ « *Analyse nationale de l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la Bienveillance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale* », février 2010.

²⁷² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *Journal Officiel de la République Française*, n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12184.

²⁷³ Haute Autorité de Santé, « *La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre* », op. cit.

pratique des soignants évolue à tout moment et ils modifient à chaque instant leur exercice professionnel même sans qu'ils soient préparés aux mesures d'accompagnement.

Ce « Programme Culture à l'Hôpital »²⁷⁴, qui n'a jusqu'à présent pas évoqué la notion de la « *bienveillance* » dans sa politique d'intervention, est, quelle que soit la situation, tenu de répondre aux mesures existant déjà en les adaptant aux styles et aux normes artistiques. Le Code de déontologie de l'art-thérapeute précise en son article 4 : « *L'art-thérapeute est sous l'autorité médicale. Dans le cas de clientèle libre, l'art-thérapeute fera le nécessaire pour se mettre en lien avec une autorité médicale compétente. L'art-thérapeute invite son patient à s'entourer de toutes les garanties offertes par la pratique médicale et s'interdit donc toute mise en cause de cette pratique.* »²⁷⁵ Les principes suivants peuvent être liés à la pratique et à la philosophie du théâtre thérapeutique :

- prendre en compte le consentement, le libre choix du patient aux ateliers du théâtre ;
- garder un principe de relation triangulaire entre soignant, soigné et famille du patient ;
- fournir le maximum d'informations au patient ou à tous les participants des ateliers ;
- garder le secret professionnel dans toutes les démarches artistiques ;
- respecter les droits du malade dans toutes ces formes ;
- l'artiste a l'obligation par principe, du début jusqu'à la fin de l'atelier, d'avoir un œil sur l'évolution de l'état de santé du patient ;
- la notion de la « *bienveillance* » en théâtre thérapeutique nécessite le respect des paroles, des gestes et des silences des patients à tout moment de l'exercice ;
- le comédien ne doit primer ses actions au détriment de celles de la clinique ;
- avoir des propos et des attitudes de communication dignes face au grand public.

Le dirigeant des assises théâtrales ne doit pas s'éloigner de ces principes relationnels afin d'éviter la mise en cause de ses actes et du lien de confiance entre les participants. À défaut, cela provoquera des risques croissants tant pour ses engagements artistico-thérapeutiques que dans le domaine des soins médicaux. Ce programme et la notion de « *bienveillance* » renforcent non seulement la loi du 4 mars 2002²⁷⁶, mais aussi les droits individuels et ceux des patients en général et ils évoluent dans le système de santé ainsi que dans les pratiques professionnelles des soins.

Par ailleurs, il serait encore judicieux de chercher à savoir comment faire progresser le confort et le bien-être du patient dans cadre des ateliers théâtre et comment identifier les facteurs d'inconfort à supprimer afin d'éviter toutes sources de conflits. L'importance de la réflexion d'équipe entre professionnel médical et professionnel artistique est indispensable au profit du malade. La philosophie artistique qui existe dans la notion de la « *bienveillance* » doit s'appuyer sur les normes envisagées par le ministre Roselyne Bachelot-Narquin, sur les valeurs du malade ou de la société et sur les éléments de définition de la « *bienveillance* » ainsi sur la qualité de service attendu par le patient et ses proches.

²⁷⁴ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

²⁷⁵ LPAT, « Code de déontologie de l'Art-Thérapeute », *op. cit*.

²⁷⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Journal Officiel de la République Française*, du 5 mars 2002 p. 4118.

AJ LE THÉÂTRE - DÉFINITION DE LA NOTION DE « BIENTRAITANCE »

Dans la théorie, la notion de « *bienveillance* » fait allusion à un antonyme, la maltraitance. Il en découle que la première ne prend pas le chemin de la seconde, ou plutôt leurs définitions comme leurs problématiques, ne se bâtissent pas comme un jeu de miroir de l'un avec l'autre. Partant de là, la notion de « *bienveillance* » s'inscrit en principe dans une relation de soins généraux et s'impose donc dans une relation entre artiste et soigné tout comme les professionnels de soins et le malade ou comme un parent et son enfant ou ce dernier avec son tuteur. L'espace de cette notion est donc formellement celui du « *care* ».

Le théâtre considère que la « *bienveillance* » avait pour objet de développer l'accueil des jeunes enfants dans les centres de soins pour sécuriser leur émotion et leur affectivité afin de construire un projet de vie pendant leur séjour à l'hôpital. Mais son utilité dans le social et le médico-social est telle que le théâtre élargit son champ d'intervention pour l'adapter à toutes personnes à mobilité réduite ou dites fragilisées. Le malade reste donc au centre de ses soins et il devient acteur dans le processus de soin et non un sujet dans ses soins de santé, son épanouissement et son bien-être constituant l'arsenal de principe de droits primordiaux. La culture du soin de la « *bienveillance* » reste attentive à tous les risques possibles ou à toutes les sources de non-conformités, mais aussi à toutes démarches d'hospitalisation du patient et de l'assistance de ses proches. La vigilance renforcée sur la mise en garde des risques de toutes sortes de maltraitance ouvre la voie vers le respect du libre choix des patients et les droits des personnes à mobilité réduite et surtout la prise en compte de leurs besoins.

Elle est donc chez l'artiste thérapeute une posture purement professionnelle plus active et plus dynamique qui peut être individuelle ou collective dans la démarche thérapeutique et qui puise ses racines dans l'environnement et dans des valeurs humaines. Cette étude affirme que la pratique artistique qu'est le théâtre est soucieuse du patient et le rend autonome. Il agit sur le savoir-penser, le savoir-faire et le savoir-donner et enfin sur la prise en charge du patient qui se résumant dans leur ensemble au sein de la « *bienveillance* ».

1) La qualité du service attendu par le patient

Cette partie est encore difficile à cerner puisque la qualité du service attendu par le patient dans les principes de la notion de la « *bienveillance* » dans le domaine artistique n'est jusqu'à aujourd'hui pas étudiée ni identifiée dans aucune des démarches théâtrales ou dans toutes études scientifiques et juridiques. Aucune bibliographie n'existe sur ce sujet. Il n'existe pas de définition du service fourni par l'artiste dans le cadre des soins thérapeutiques adaptés à la qualité de services demandés par l'établissement de soins. Cependant, tous s'accordent et acceptent les actes et les travaux de l'artiste, en mesurant la qualité du service rendu et s'ils répondent aux attentes des malades. Ils vérifient aussi l'aptitude et l'avantage donné aux établissements de répondre et de satisfaire les besoins des participants aux ateliers ou à toutes personnes en relation directe ou indirecte avec l'hôpital.

La participation des usagers, des malades et des professionnels médicaux dans le but de mesurer et de définir la qualité du service rendu par le comédien est indispensable pour assurer le bien-être du service et la transparence professionnelle. Les bénéficiaires du service artistique de la « *bienveillance* » sont étroitement liés à l'évaluation de sa qualité. À travers

cette étude, il est possible d'affirmer que la qualité du service est toutefois le résultat d'arbitrages clairement manifestes entre les attentes et les besoins du public participant et la réponse donnée aux objectifs envisagés par l'hôpital, en tenant en compte bien sûr de l'offre de service et des moyens mobilisables mis à sa disposition.

L'article 3 du Code de déontologie de l'art-thérapeute précise les missions de l'artiste qui peuvent être assimilées dans la procédure de la « *bientraitance* » : « *La mission fondamentale de l'art-thérapeute est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychosomatique et psychique. Il s'interdit, de fait, de s'immiscer dans la vie privée de ses patients. L'art-thérapeute accueille et intervient auprès de toute personne présentant des difficultés psychologiques, quelle que soit sa condition sociale et son activité porte sur la composante psychique et psychosomatique des individus, considérés isolément ou collectivement. L'art-thérapeute ne se situe pas au service de l'adaptation du sujet à la société dans laquelle il vit et ne se confond pas dans sa pratique avec un travailleur social ou œuvrant dans le champ de l'éducation et/ou de la rééducation. Pour l'art-thérapeute chaque séance est considérée comme autonome. L'art-thérapeute n'a pas à relancer le patient sur la ou les séances précédentes. Chaque séance présente donc un dispositif différent.* »²⁷⁷

En restant sur les mêmes possibilités de proposition, les établissements de soins doivent absolument, dans leur politique du service attendu, élaborer sur la base d'un projet, un document portant les objectifs attendus facilitant la qualité de la prestation du comédien. Le service doit avoir une communication simple, facile à lire ou à comprendre par les bénéficiaires ou/et par le personnel de l'hôpital.

Le savoir-faire et le savoir-être ainsi que le savoir-écouter constituent dans le monde artistique comme dans le monde médical des éléments associés à la qualité du service, à des soins de qualité et au respect de la personne. C'est encore une manière de mobiliser la communauté artistique et soignante pour qu'elle prenne conscience que la notion de « *bientraitance* »²⁷⁸ est large et ouverte et constitue la demande de bien-être du malade.

a) Le consensus sur les valeurs des patients hospitalisés

Un petit rappel : la notion de « *bien-traitance* », qui s'écrit littéralement en deux mots, est entrée dans le jargon médical par la voie de la grande porte de la petite enfance dans les travaux exercés par Françoise Dolto et Danielle Rappoport avec l'opération pouponnière organisée à Paris dans les années soixante-dix. Cette opération développée par les spécialistes de la petite enfance était régulièrement pratiquée avant même que la « *bientraitance* » en un seul mot soit appliquée aux personnes âgées ou mise dans le discours politique pour promouvoir le bien-être des usagers en réduisant l'espace de risque de maltraitements du patient.

Il faut donc éviter de mettre enjeu les valeurs du patient dans des actes ordinaires malsains qui caractériseront la maltraitance, comme cela a été défini dans le rapport remis à la Haute Autorité de Santé par Claire Compagnon et Véronique Ghadi. Il est simple de constater que la maltraitance n'est pas un acte habituel ou actif chez l'artiste et surtout elle n'est pas intentionnellement provoquée. Le gérant de l'atelier doit mesurer ses dires et ses actes, que ce

²⁷⁷ LPAT, « Code de déontologie de l'Art-Thérapeute », *op. cit.*

²⁷⁸ *Ibid.*

soit en groupe ou en individuel, de la prise en compte de la ou les cultures des participants, leurs religions, leurs régimes alimentaires, leurs physiques, leurs classes sociales, leurs mœurs, leurs coutumes et leurs convictions sexuelles, etc. Le respect de ces valeurs constitue le moteur de recherches et d'études des consentements des participants à l'action théâtrale. Seulement, ce respect implique l'utilisation d'une démarche clinique et artistique appelée « observer et s'observer », donnant une faculté d'évaluation des valeurs fondamentales du public participant.

Le Code de déontologie des art-thérapeutes, précise sur le titre III, portant le respect de la personne que : « 1) *L'art-thérapeute respecte l'intégrité et les valeurs propres du patient, dans le cadre de son accompagnement thérapeutique et du processus de changement. La mission fondamentale de l'art-thérapeute est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychosomatique et psychique. L'art-thérapeute a conscience que c'est l'objet psychique qui est mis au travail et non l'objet concret.*

2) *L'art-thérapeute s'abstient de toute relation sexuelle avec le patient. Lors des séances d'art-thérapie en groupe, l'art-thérapeute interdit le passage à l'acte sexuel entre participants et tout acte physique dommageable aux personnes et aux biens.*

3) *L'art-thérapeute s'abstient d'entretenir des liens extérieurs à la relation thérapeutique avec le patient.*

4) *Dans le cadre de sa pratique professionnelle, l'art-thérapeute instaure une règle de non-violence sur les personnes et sur les biens.*

5) *Dans le cadre de sa pratique professionnelle, l'art-thérapeute évite toute action visant à diminuer ou violer les droits légaux ou civils des patients.*

6) *L'art-thérapeute respecte l'anonymat des personnes qui font appel à ses services.*

7) *Lors de la mémorisation des données ou des productions relatives au dossier du patient, sous toute forme de support, l'art-thérapeute doit s'assurer de la confidentialité de ces données.*

8) *En cas d'enregistrement d'œuvres ou de séances, le patient (ou son tuteur) doit y consentir préalablement par accord écrit, les productions art-thérapeutiques ne seront jamais divulguées ou exploitées, celles-ci resteront dans le cadre de séances pour mener à bien le dispositif de soin, et n'auront de ce fait aucune autre fonction.*

9) *En cas d'utilisation de données concernant le patient lors d'interventions professionnelles de l'art-thérapeute ou de publications sous toute forme de support, l'art-thérapeute doit veiller à l'anonymat de la personne ou s'abstenir de divulguer des informations permettant son identification. Il doit s'assurer préalablement d'une autorisation par écrit de l'auteur des données ou de son tuteur. »²⁷⁹*

Les consensus sur les valeurs du patient se manifestent clairement lorsque le respect de ces règles devient une devise de la procédure des ateliers théâtraux à l'hôpital : ceci consiste précisément à maximiser les avantages et à minimiser les dommages possibles. C'est donc une approche professionnelle fondée sur la base du respect des règles relatives aux droits des usagers et des malades.

²⁷⁹ Fédération Française des Art-Thérapeutes association loi 1901, « Code de déontologie des art-thérapeutes », juin 2014.

b) L'artiste face à la démarche clinique de la « *bienveillance* »

Quels sont les principaux leviers d'actions cliniques menées par le comédien pour insuffler une démarche concrète et positive sur la notion de promotion de la « *bienveillance* » ?

Il doit tout d'abord impliquer l'ensemble des établissements de soins et tous les professionnels dans cette démarche clinique puisque la notion de la « *bienveillance* » est un projet collectif et transversal. Il doit aussi impliquer tous les spécialistes de chaque domaine, tout en restant en contact direct ou indirect avec les usagers et les malades. Il doit avant tout s'assurer que sa mobilisation est sur tous les niveaux de l'hôpital et que sa présence déclenche l'ouverture des actions théâtrales.

Cette démarche clinique a un impact sur le développement culturel et théâtral, mais aussi sur les organisations, les pratiques, les attitudes hospitalières. L'artiste doit dans ses actions cliniques mettre en question constamment les pratiques professionnelles, quels que soient le niveau ou la place de la pratique identifiée. Ce principe de rattachement entre services ou institutions concernés a été clairement précisé par la Haute Autorité de Santé : « *La bienveillance n'est jamais acquise, c'est un stade vers lequel on tend afin d'écouter et d'entendre l'autre et soi-même. Ce changement culturel ne s'opèrera que si tous les niveaux de l'établissement et toutes les instances s'en saisissent et l'intègrent dans leur projet.* »²⁸⁰ C'est dans ce sens qu'un travail collectif avec des approches interprofessionnelles s'installera dans l'action clinique théâtrale au profit de tous.

Une partie associant les malades et leurs proches est concevable pour s'assurer que la notion de « *bienveillance* » est respectée et que le patient bénéficie davantage d'une autonomie de soi, c'est-à-dire lui donner la possibilité de décider pour lui-même en lui faisant comprendre ses préférences et ses priorités. Ces ateliers cliniques ont pour mission de favoriser l'évolution de l'état de santé du patient. « *La capacité de prise de parole de ces derniers reste la meilleure indication pour évaluer une prise en charge de bienveillance : écouter et entendre ces derniers devient alors le cœur de la mise œuvre de la bienveillance.* »²⁸¹

Intégrer les résidents, les patients hospitalisés et le personnel soignant à la thématique de maltraitance en utilisant une mise en scène adaptée et accompagnée avec de l'humour : c'est le défi qu'a relevé l'atelier de théâtre participatif de la troupe théâtrale Espace Théâtre des Bretonnes à Rennes. Le Directeur artistique de la troupe, Christian Baudier, a écrit sur place un texte impliquant tous les acteurs concernés pour dénoncer des actes ou des situations de maltraitance. Il avait comme objectif de réduire, avec le public et/ou les résidents, la maltraitance afin d'arriver à un niveau de « *bienveillance* ». Le théâtre à l'hôpital constitue par ses actions un outil pédagogique et de médiation sur le médical et le médico-social ou simplement sur les questions de « *bienveillance* ».

²⁸⁰ Haute Autorité de Santé, « *Questions / Réponses, Bienveillance : patients et professionnels de santé se mobilisent* », 30/10/2012, p. 3.

²⁸¹ *Ibid.*

2) Quelques recommandations sur la politique de la « *bienveillance* »

Dans la pratique culturelle de théâtre à l'hôpital, le comédien doit avoir la qualité de pouvoir informer et d'expliquer la procédure à suivre en cas de victime de maltraitance dans le domaine sanitaire. Qui contacter en cas de situation de maltraitance ?

Plusieurs services ont été mis en place pour répondre et pour accompagner toutes personnes soulevant l'absence de « *bienveillance* », c'est-à-dire les victimes de maltraitances ou les assistants (*témoins*) de ces actes. Toutefois, il s'agit de penser à alerter, au plus vite, les autorités quel que soit le cas qui s'est présenté, mais la procédure diffère d'un cas à un autre selon que l'hospitalisation du patient est à domicile ou en institution.

L'artiste thérapeute doit informer ses patients pendant ses ateliers de théâtre que lorsqu'un cas ou une situation de maltraitance est avéré dans un établissement de soins, il doit alors contacter immédiatement les responsables de l'établissement et ces derniers prendront toutes mesures nécessaires qui s'imposent et ils seront tenus de présenter l'affaire au préfet. Pour les cas de maltraitances à domicile, les dispositions mises en place par les associations et l'État se centralisent sur des plateformes d'appels téléphoniques. Ces services sont habilités à recevoir des plaintes soit de la part de la victime soit de la part d'une personne témoin de la situation. Ces institutions peuvent apporter un conseil à la personne victime sur l'attitude à adopter et contacter au préalable les services sociaux concernés en cas de nécessité. Quelques exemples des plateformes d'écoute pour tous les profils de victimes :

- le 3977 pour les cas des personnes âgées et des handicapées ;
- le 3919 pour les femmes battues et les violences conjugales ;
- le 119 pour les enfants victimes de maltraitances ;

Le Code pénal affirme en son article 222-14 : « *Les violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur sont punies :*

1° de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort de la victime ;

2° de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;

3° de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende lorsqu'elles ont entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours ;

4° de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsqu'elles n'ont pas entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours.

Les peines prévues par le présent article sont également applicables aux violences habituelles commises par le conjoint ou le concubin de la victime ou par le partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité. Les dispositions du second alinéa de l'article 132-80 sont applicables au présent alinéa. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux cas prévus aux 1° et 2° du présent article. »²⁸²

²⁸² Code pénal, 110^e édition, éd Dalloz, 2013.

a) Recommandations

Pour qu'il y ait constamment de la « *bienveillance* » dans le système des ateliers de théâtre ou dans l'art-thérapie en général – dans les soins de santé –, il faut mettre en place des mesures contraignantes, des objectifs clairs et affirmer une volonté politique durable dans ce système. Il faut prévoir des outils de pilotage, installer des indicateurs d'évaluation et des bases de principes de promotion. Chaque acteur doit faire sienne la notion de la « *bienveillance* » et en faire une préoccupation majeure et intégratrice dans le processus de santé du patient, du début jusqu'à la fin de son hospitalisation.

Par la valeur éthique que représentent ces ateliers à l'hôpital, ils doivent être considérés par la communauté soignante et les patients ainsi que leurs proches et leurs représentants comme un levier de la thérapie du patient.

L'évolution du théâtre dans cette sphère de la « *bienveillance* », nécessite que la demande devienne une exigence nationale. Par conséquent, il ne s'agit pas ici d'imposer des manières ou des normes nouvelles, mais plutôt de proposer aux professionnels de santé et aux personnes soignées, des objectifs stratégiques facilitant progressivement leurs attentes et leurs droits. Ces objectifs prennent en considération les valeurs des artistes et du personnel de l'hôpital et enfin réorientent la réinsertion du patient.

Une formation des thérapeutes sur la mise en place de la bonne pratique de la « *bienveillance* » doit être envisagée pour garantir un exercice ou un service thérapeutique bien approprié à cette philosophie.

B] LA VALORISATION ET LE RESPECT DU PATIENT DANS LA « BIENVEILLANCE »

L'artiste a l'obligation²⁸³ de mettre au cœur de son exercice la notion de la « *bienveillance* » comme pivot de ses ateliers. Le malade doit être respecté comme toute personne, même si sa maladie le rend vulnérable. À chaque pas de l'art dramatique à l'hôpital, l'expression artistique doit avoir comme côté cour le respect du patient parmi les valeurs fondamentales du soin artistique. Ces valeurs ne sont ni négligeables ni négociables et doivent être considérées comme inaliénables. C'est à travers ces diverses considérations que la responsabilité de chacun est engagée professionnellement. Ces valeurs fondamentales doivent inscrire comme côté jardin, le respect dans un processus très dynamique découlant de l'interaction entre différents types de savoirs tels que le savoir-être, le savoir-faire ou des connaissances scientifiques et artistiques. Il est question d'avoir des compétences par exemple dans le domaine social, de savoir développer le fonctionnement cognitif, d'aider à prendre une décision et d'être capable de s'adapter à une situation clinique critique. Le malade ou tout autre individu participant à l'action culturelle se voit valorisé si le médiateur artistique s'oblige à entendre son patient et à lui témoigner en toute confiance du respect, quelle que soit la situation.

En principe, le respect et la valeur d'autrui s'imposent automatiquement sans exiger de réciprocité. Néanmoins l'artiste, lui, doit veiller aux normes de réciprocité puisqu'il intervient

²⁸³ Décret n° 2013-16 du 7 janvier 2013 portant création du Comité national pour la bienveillance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées, JORF n° 0007 du 9 janvier 2013 page 719, texte n° 11.

comme médiateur dans ses ateliers théâtre. Sans respect à son égard, le patient subira plus cruellement sa maladie et éprouvera frustration et humiliation. L'artiste doit s'informer de l'état de santé du patient et avoir suffisamment de connaissances sur ce qu'induit sa maladie afin de comprendre son système de vie et de mesurer un niveau d'inégalité d'échange entre lui et son malade.

1) Amélioration de la prise en charge

Comment la « *bienveillance* » contribue-t-elle à l'évolution de la prise en charge du patient dans un atelier de théâtre en santé ?

Tout d'abord, le fait d'augmenter le bien-être du patient et son adaptation aux changements éventuels de son état de santé concourt à l'amélioration de la prise en charge.

Dans le but d'améliorer la prise en charge du malade, l'artiste doit éprouver une empathie qui indique une relation avec son patient et qui ouvre une possibilité de communication entre eux. C'est un moyen de pouvoir toucher et de comprendre le désir du patient, son intimité pour mieux appréhender ses douleurs. C'est le fait de rester à ses côtés sans être affecté par sa maladie et sans prendre sa place. Le théâtre participe à la suppression de moments de solitude qui peuvent donner au malade un sentiment de maltraitance. Être aux côtés du malade tout en reconnaissant sa fragilité et en gardant une posture d'attention à autrui aide le malade à faire face à la vie et à diminuer ses anxiétés et ses douleurs à l'hôpital.

La « *bienveillance* » donne par conséquent confiance²⁸⁴ au patient, bien informé de son état de santé, de manifester son consentement bien éclairé et de décider ce qui lui convient le mieux ou de refuser de participer à certaines actions théâtrales. Lui témoigner le respect de son statut social ou de sa citoyenneté encourage l'évolution de la prise en charge. La confidentialité, le secret professionnel relatif aux données du patient initie un lien très étroit de ce dernier avec son artiste et encourage une relation entre eux.

En principe, la voie vers l'amélioration de la prise en charge sera engagée dès lors que les droits du patient et ses devoirs moraux seront respectés dans l'activité théâtrale. La notion de « *bienveillance* » conclut une valeur évolutive de la prise en charge du patient, le professionnel artistique respectant son souci social, son entourage et sa singularité.

a) Recommandations : plan de construction et de réhabilitation

Il faut établir des plans stratégiques incitant le grand public à participer à la promotion de la « *bienveillance* » à travers la découverte de la culture théâtrale au sein de l'hôpital. Placer des projets de partage d'expériences entre régions, compagnies de théâtre et hôpitaux. Il serait encore mieux d'envisager une publicité des expériences très réussies dans la démarche théâtrale au profit de la « *bienveillance* », par exemple par la création d'un site internet ou d'une revue spécialisée.

Dans ce cadre de recommandations, il serait judicieux de penser à l'architecture de nouveaux centres hospitaliers ou à la réhabilitation de la majorité des hôpitaux déjà construits

²⁸⁴ Circulaire n° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bienveillance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

qui ont des projets culturels, mais ne possèdent pas un lieu de partage artistique et plus particulièrement une scène pour les représentations. La question est donc très sensible puisqu'il s'agit ici de la transformation de l'hôpital. Cela touche plus précisément le ministère de la Santé et celui de la Culture. Ces deux institutions sont appelées à collaborer sur deux thématiques essentielles : l'amélioration de la qualité de l'architecture des établissements de soin et le désir de l'intégration du théâtre à l'hôpital, respectant les exigences de la commande publique portant sur le projet culturel à l'hôpital. Ces exigences publiques sur la présence de l'artiste à l'hôpital se développent, c'est-à-dire les centres de soins réussissent à incarner les conditions adéquates à un climat d'ouverture. « *On peut citer quelques exemples :*

M. Nishikawa, "projet architectural" au CHU de Lille, E. Spalietti ;

"Salle des départs", hôpital Poincaré à Garches, M. Pistoletto ;

"Lieu de recueillement et de prières", Institut Paoli Calmette à Marseille, P. Buraglio ;

"Un oratoire", hôpital Bretonneau à Paris. »²⁸⁵

2) Les avancements juridiques dans la maladie mentale

Les malades mentaux méritent-ils davantage d'empathie et de « *bienveillance* » ?

Tout d'abord, il faut comprendre que la folie rend irresponsable et la personne vivant une folie devient étrangère dans son milieu de vie ainsi que dans la société. Voilà pourquoi elle n'est jusqu'à aujourd'hui pas punissable et est protégée par la loi.

Le fou, certes, manque de discernement, mais il bénéficie toujours de ses droits à la santé et de ses droits fondamentaux, inaliénables et imprescriptibles. Il a droit à la culture comme tout être humain. Il peut être fou durant toute sa vie, mais son droit à l'accès au soin persistera encore et encore. Il a donc droit à la « *bienveillance* », comme tout patient hospitalisé à l'hôpital ou à domicile. Le fou vivant dans les rues mérite aussi le respect comme tout individu. Il est considéré sur le même pied d'égalité que tout être humain normal, quels que soient le département d'interventions ou le service fourni.

En revanche, il a aussi des particularités qui lui sont propres, qui le défendent en toutes circonstances comme des éléments complémentaires à ses droits de « *bienveillance* ». Il n'est pas contestable que la maladie et le droit aient des limites ou des interfaces importantes, mais le droit affirme que toute personne n'est responsable que si elle comprend l'illicéité de l'acte commis. En effet, cette irresponsabilité des malades mentaux, justifiée par le manque de conscience en raison de toute sorte de troubles psychiques, constitue donc une évidence. En principe, cette dépenalisation constitue pour le fou une considération de sa valeur sociale et un moyen de « *bienveillance* ». Cependant, le droit estime que les fous ont des réactions antisociales et c'est pour cela que les autorités publiques ont cherché un moyen de neutraliser les malades afin de pérenniser la stabilité sociale et l'ordre public.

Faut-il introduire la culture dans les établissements psychiatriques ? Selon le droit culturel et les droits de l'homme, ces institutions ont un droit à la culture et leurs patients méritent une psychothérapie. Cette question de dépenalisation du fou a suscité nombre de réflexions chez les savants durant l'Antiquité grecque comme celle d'Hippocrate ou celle de

²⁸⁵ Catherine AHMADI, déléguée adjointe à la Délégation au Développement et aux Affaires Internationales ministère de la Culture et de la Communication, « *La culture à l'hôpital : Un besoin né de l'histoire, une volonté interministérielle, un partenariat fructueux – évolutions et perspectives* », acte séminaire au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, des 30 et 31 mars 2004, p. 11.

Platon, tous les deux estimant que le fou mérite un soin au lieu d'être puni. Les Romains, à leur tour, avancent que le malheur d'être fou suffit ou constitue une bonne excuse à ses actes, d'où l'évolution vers le régime de non-culpabilité. Ce principe est retenu dès cette époque-là. Au Moyen Âge, avec plus de précision, le fou est considéré irresponsable de ses actes. Mais l'accès aux soins de celui-ci restait toujours difficile dans certains établissements de soins. La maltraitance était fréquente envers le fou, et ceux qui les maltraitent, encouraient moins de peines ou quasiment pas, que ce soit au sein des établissements de soins ou en dehors.

Au XX^e siècle, le législateur avance une réforme²⁸⁶ sur la question de l'internement des malades mentaux pour améliorer les conditions de traitement²⁸⁷. À partir de l'apparition de la philosophie juridique de l'école italienne de Lombroso, Ferri et Garofalo se développe une autre voie précisant la dangerosité du fou et ce dernier sera de nouveau considéré comme un danger pour la société. L'évolution du droit pénal et celui des malades mentaux est très vaste et peut faire un objet principal d'étude particulière.

Dans le droit pénal actuel existe une évolution juridique appelée hospitalisation d'office que le service de soin de santé et le service culturel de l'hôpital considèrent comme une phase de la « *bientraitance* » au profit de la personne malade. Les soins psychiatriques, sans le consentement du malade, sont en principe des mesures qui s'imposent à un souffrant de troubles d'ordre psychologique. Ces mesures sont d'une manière générale prononcées par une institution juridique et couvrent deux directives : d'une part, la privation de liberté pour des raisons d'ordre public et, d'autre part, des mesures de soins obligatoires. La philosophie juridique explique ici que le patient n'est pas en mesure d'évaluer son état pathologie et qu'en plus, il refuse les soins libres ; il est donc contraint de rester au centre de soins spécialisés. Le soin psychiatrique sans consentement s'impose lorsque la personne n'est pas capable de prendre soin d'elle-même ou lorsque son entourage le néglige ou le refuse. Si le patient est mineur, les parents peuvent décider eux-mêmes l'hospitalisation avec l'avis du médecin sans tenir compte du consentement du mineur. Ce même procédé peut être engagé si les parents d'un mineur qui est dans un état de santé critique s'opposent aux soins par convictions religieuses.

L'article 706-135 du Code de la procédure pénale édicte que : « *Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L.3213-7 du Code de la santé publique, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du même code s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées en application de l'article L. 3213-1 du même Code.* »²⁸⁸

²⁸⁶ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, abrogée par la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social. - Article 7, JORF n°3 du 4 janvier 1992 page 161, Version consolidée au 05 novembre 2019.

²⁸⁷ Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, JORF n°0155 du 6 juillet 2011 page 11705, texte n° 1.

²⁸⁸ Légifrance, Code de procédure pénale, version en vigueur au 24 mars 2019, consultée le 24 mars 2019.

a) L'article 122-1 du Code pénal dispose que :

*« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »*²⁸⁹

Ici, l'article précise deux cas possibles qui diffèrent selon l'état du discernement de la personne en question. Le premier cas, la personne est pénalement irresponsable si son discernement est reconnu totalement aboli au moment des faits, alors que dans le deuxième cas, la personne sera retenue comme responsable si sa capacité de discernement est seulement altérée.

Le juge aura à faire appel à un expert pour des expertises psychiatriques qui tendront à évaluer le degré d'altération de sa capacité de discernement. Une fois qu'elle sera déclarée totalement abolie au moment des faits, le fou ne sera pas retenu pénalement responsable. L'absence d'élément moral fera défaut à l'infraction et elle ne sera pas constituée. Ce type de situation est bien expliquée dans la loi du 25 février 2008²⁹⁰ qui, précisément, modifie les modalités de l'observation pénale de l'infraction commise ainsi que la déclaration d'irresponsabilité.

Auparavant, si cas pareil se présentait, l'auteur des faits pouvait être poursuivi par le procureur de la République : il y a la procédure de classement sans suite – à la suite d'une ordonnance de non-lieu rendue à la fin de l'instruction par le juge d'instruction ; il peut aussi y avoir un jugement de relaxe qui est prononcé par le tribunal de police ou même correctionnel s'il s'agit d'une contravention ou d'un délit ; au-delà, s'il s'agit d'un crime, la Cour d'assises prononce un acquittement.

Ces modalités de procédures provoquaient d'intenses insatisfactions chez toutes les personnes victimes d'une infraction ainsi que leurs proches, l'absence de procédure pour des raisons psychiatriques étant incompréhensible dans la société. Il y avait aussi le problème pour l'obtention de dommages et intérêts en cas de non-lieu ou de relaxe, c'est pourquoi la victime devrait absolument saisir la juridiction civile.

Dès la mise en place de la loi du 25 février 2008²⁹¹, le juge d'instruction ne fait plus référence à une ordonnance de non-lieu, mais plutôt à un trouble mental. Il précise, de plus en plus, que les charges sont suffisantes et que l'interpellé a effectivement commis les faits qui lui sont reprochés. Ainsi, l'affaire ne sera pas clôturée lorsque les parties et/ou le parquet feront appel de cette décision et lorsque l'affaire fera l'objet d'une audience publique et contradictoire. Ici, la personne mise en examen sera entendue si son état de santé le permet. En tenant en compte de son état de santé lors de l'infraction commise, trois cas de procédures sont possibles :

- la chambre d'instruction peut estimer que les charges ne sont pas suffisantes pour engager la poursuite, la solution est donc l'arrêt des poursuites ;

²⁸⁹ Code pénal, 110^e édition, éd. Dalloz, 2013.

²⁹⁰ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, *Journal Officiel de la République Française*, n°0048, du 26 février 2008.

²⁹¹ *Ibid.*

- si la chambre estime que l'état de discernement de la personne n'était pas aboli ni altéré lors de l'infraction et que les charges sont suffisantes pour la poursuite, le juge renvoie la personne devant la juridiction compétente ;

- si la chambre estime que l'état mental de la personne était aboli et qu'il n'a plus son discernement, le juge, dans sa délibération, doit, avant de rendre un arrêt déclarant l'irresponsabilité pénale de l'inculpé pour cause de trouble mental, préciser la présence des charges suffisantes engageant la responsabilité pénale de la personne. Cela permet donc le renvoi de l'affaire devant la juridiction de jugement pour statuer sur la responsabilité civile et les dommages et intérêts.

En cas de correctionnel ou de Cour d'assises, affirmation montre que la personne a matériellement commis les faits qui lui sont reprochés, ensuite, la Cour rendra un arrêt ou un jugement déclarant l'irresponsabilité pénale de la personne pour cause de trouble mental. Le juge est tenu, par la suite, de se prononcer sur la demande de dommages et intérêts constituée par la partie civile.

Cette thématique des causes de non-culpabilité pour les malades mentaux amène à approfondir dans cette étude les intérêts majeurs du malade mental dans la démarche des professionnels théâtraux dans les ateliers d'échanges. Un chapitre dans cette analyse étudiera plus profondément les exercices pratiques du patient atteint d'un problème psychiatrique.

b) Quelles sont les questions sollicitées par le juge lorsqu'un expert est appelé à se prononcer sur la responsabilité d'un criminel ?

D'abord, la tâche d'expertise est très difficile, mais le fait de la reprendre autant de fois que nécessaire permet à l'expert de s'habituer à la procédure de recherche puisque les questions du juge restent toujours les mêmes. Le juge peut désigner un expert sur une des deux listes officielles, celle de la Cour d'appel ou celle de la Cour de cassation, mais il a aussi le choix de faire appel à un expert ne figurant sur aucune de ces deux listes, avec une décision motivée. Du côté de l'expert, les patients se distinguent les uns et des autres et la procédure de recherche d'expertise médicale change à tout moment.

Cet examen médical et médico-psychologique est clairement précisé dans l'article D. 16 du Code de procédure pénale : *« L'enquête sur la personnalité des inculpés ainsi que sur leur situation matérielle, familiale ou sociale prévue à l'article 81, alinéa 6, du Code de procédure pénale et les examens, notamment médical et médico-psychologique, mentionnés à l'alinéa 7 dudit article, constituent le dossier de personnalité de l'inculpé *définition*. Ce dossier a pour objet de fournir à l'autorité judiciaire, sous une forme objective et sans en tirer de conclusion touchant à l'affaire en cours, des éléments d'appréciation sur le mode de vie passé et présent de l'inculpé. Il ne saurait avoir pour but la recherche des preuves de la culpabilité. »*²⁹²

Les questions principales sont au nombre de sept, mais le juge peut parfois en ajouter d'autres, en fonction de l'état de santé de la personne mise en examen. Les questions seront justement citées pour les divulguer, mais elles ne feront pas l'objet d'analyse.

²⁹² Légifrance, Code de procédure pénale, version en vigueur du 25 août 1960 au 31 mars 2006, consulté le 24 mars 2019.

- Question 1 : L'examen de la personne inculpée révèle-t-il dans son état de santé des anomalies mentales et psychiques ?
- Question 2 : À défaut, décrire et préciser à quelles affections l'infraction se rattache-t-elle ?
- Question 3 : Chercher à savoir si l'infraction commise est en rapport avec ses anomalies ?
- Question 4 : Le sujet présente-t-il un état dangereux ?
- Question 5 : La personne est-elle accessible à une correction pénale ?
- Question 6 : Le sujet est-il curable ou réadaptable ?
- Question 7 : Au moment des faits, était-il atteint d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement ou le contrôle de ses actes ?

D'autres questions sont possibles pour élargir le raisonnement de l'expert et pour faciliter la décision du juge. Ces questions peuvent chercher à savoir s'il a agi, au moment des faits, sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pas pu résister. D'autres questions chercheront à savoir si l'obligation de soins est nécessaire pour le sujet en question. Le juge peut demander à l'expert de donner son avis sur l'injonction de santé et de préciser s'il est nécessaire ou pas. Cette partie est complexe puisqu'elle est variable surtout quand il s'agit de mettre en place des soins dans les maisons d'arrêt ou lorsque l'expert se prononce favorable aux soins, l'inculpé étant considéré légèrement engagé, ou se trouvant devant un sujet qui ne veut pas bénéficier de soins. Dans ce cas, même si l'obligation de soins est un levier, elle ne sert à rien si la personne n'a pas envie d'améliorer son état. Mais il ne peut jamais le savoir sans tenter le processus, pari dans le futur. Un autre problème à signaler est que le médecin rencontre peu de temps le patient inculpé, mais une fois envoyé en soins, il ne le voit plus et même le patient passe en procès d'Assises sans que le médecin expert l'examine une deuxième fois pour voir si les soins ont été utiles, si son état de santé a évolué ou non. Le problème est aussi très compliqué lorsque le juge ne transmet pas l'ensemble des informations du patient inculpé au médecin expert. Ce dernier aura donc à jouer avec la partie du dossier transmise, mais sa réponse restera bien sûr partielle.

PARAGRAPHE 2 - DISPOSITIF DE LA COLLABORATION INTERMINISTÉRIELLE

Dans le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre, au sein du pôle Accueil et Insertion, existent deux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. Suite à l'expérience de l'Association Tournesol, un groupe de réflexion sur la nécessité d'un projet artistique est créé en 1992. Jusqu'en 1998, un jumelage portant sur les activités théâtrales est mis en place avec le réseau des médiathèques de Nanterre. Actuellement, il y a plusieurs projets en cours, dont trois ateliers théâtre. Un intérêt très particulier s'est manifesté surtout sur le rôle que joue le théâtre dans la transformation de la personne forgeant sa sensibilité et son intelligence. Cette démarche s'est encore retrouvée dans le « *Programme Culture à l'Hôpital* »²⁹³ dans le jumelage avec le Théâtre des Amandiers de Nanterre initié en 2002. Les

²⁹³ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

participants à ces ateliers fréquentent en toute autonomie les établissements culturels de Nanterre et les aident à modifier leurs comportements. L'important est surtout le changement de regard qu'ils portent sur eux-mêmes.

Si le constat démontre que la médication artistique et théâtrale encourage le changement de la personne, alors le développement de l'institution impose désormais dans son service l'activité artistique et théâtrale pour le bien-être des résidents. Le ministère en charge de la Santé et celui de la Culture se sont donné une directive à travers un programme national introduisant la « *Culture à l'Hôpital* »²⁹⁴ sous les normes et la couverture d'une Convention interministérielle signée en 1999²⁹⁵.

AJ LA MISE EN PLACE D'UNE CONVENTION INTERMINISTÉRIELLE EN 1999

Cette Convention interministérielle signée le 4 mai 1999 entre le ministère de la Culture et de la Communication et le secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale marque largement la volonté commune de garder la culture dans le système de soins en qualité de progression des établissements de santé, mais aussi de mettre cette culture à proximité des patients et de leurs évolutions de santé.

Le préambule de cette Convention précise clairement que : « *La nécessité de faire de l'hôpital un lieu plus humain, ouvert à la cité, est aujourd'hui reconnue comme une priorité par l'ensemble du secteur médical et hospitalier. Elle se traduit par des politiques nouvelles visant à améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes hospitalisées et de leur famille, et à assurer aux personnels soignants un cadre professionnel plus agréable.*

La culture peut jouer un rôle essentiel dans cette évolution. En dehors de tout objectif thérapeutique, elle participe à l'amélioration de l'environnement des personnes et contribue à favoriser la relation de l'hôpital avec l'extérieur.

La mise en place de projets culturels dans les hôpitaux, l'intervention d'artistes auprès des malades, la mise à disposition d'œuvres d'art ou de livres constituent autant d'éléments de nature à faire de l'hôpital un lieu où la culture est présente.

De la même façon, le milieu culturel s'intéresse à l'hôpital, car celui-ci réunit des publics potentiels de tous âges et de toutes origines sociales. Un séjour prolongé à l'hôpital peut être l'occasion d'un contact privilégié avec la culture, d'une découverte de la création artistique, du patrimoine ou de la littérature, et, après l'hospitalisation, donne l'envie de fréquenter davantage les équipements culturels.

*C'est pour favoriser le développement des activités culturelles dans les hôpitaux que les deux ministères concernés ont souhaité définir, dans la présente convention, les axes principaux de leur politique commune, afin d'aider les hôpitaux à se doter d'une véritable politique culturelle. »*²⁹⁶

²⁹⁴ *Ibid.*

²⁹⁵ *Ibid.*

²⁹⁶ *Ibid.*

1) La convention de 1999 et ses axes d'interventions

Cette Convention a tout d'abord essayé de délimiter son champ d'intervention en donnant une définition de l'hôpital et d'équipement culturel. Elle définit ces deux termes de façon très simple, mais très technique. La définition est établie de la sorte : « *Le terme "hôpital" fait référence à tout établissement de santé. Le terme "équipement culturel" fait référence à des lieux culturels sous tutelle de l'État ou/et des collectivités, proposant des programmes d'action et de diffusion culturelles : théâtres, bibliothèques, musées, centres et écoles d'art ou de musique, centres culturels, monuments historiques, etc.* »²⁹⁷

Elle présente dans son article 2 le rôle et les avantages de développer progressivement des bibliothèques au sein des hôpitaux. Cet article 2 intitulé « *Développement des bibliothèques dans les hôpitaux* » précise que « *la lecture constitue l'axe culturel le plus couramment présent dans les hôpitaux, et le plus pertinent dans la mesure où l'hospitalisation constitue pour beaucoup un moment privilégié d'accès à la lecture. La présence de bibliothèques dans la plupart des hôpitaux, de même que l'implication du secteur hospitalier dans l'opération "Le temps des livres" sont les signes de cet intérêt.*

La présente convention comporte, en annexe, un texte spécifique concernant le développement et l'amélioration des bibliothèques dans les hôpitaux. »²⁹⁸

a) Les trois critères de la convention de 1999 : « *Culture à l'Hôpital* »

Pour qu'il ait une validation d'un projet de jumelage entre hôpitaux et équipements culturels, la Convention envisage trois critères à respecter. Ces trois points sont distinctement précisés dans son article 1 : « *Afin de permettre à un équipement culturel proche d'un hôpital de proposer à celui-ci certaines de ses ressources, des jumelages pourront être mis en place.*

Ces jumelages obéissent à trois critères :

- *ils se déroulent sur une durée minimale d'un an, éventuellement renouvelable ;*
- *ils favorisent des échanges entre l'hôpital et l'équipement culturel ;*
- *ils permettent l'organisation d'un atelier de pratique artistique auprès des malades d'un service, en lien avec des artistes professionnels et sous l'égide de l'équipement culturel.*

Les jumelages peuvent obtenir une aide financière du ministère de la Culture auprès des directions régionales des affaires culturelles (DRAC).

Ils peuvent également bénéficier de financements complémentaires du cercle des partenaires de la culture à l'hôpital mis en place conjointement par les deux ministères signataires du présent accord-cadre. »²⁹⁹

Ces trois critères feront l'objet d'une évaluation en fin d'exercice annuel pour mesurer l'efficacité des ateliers théâtre mis en place. La démarche de l'évaluation est mentionnée dans l'article 5 fixant que « *Le ministère de la Culture et de la Communication proposera annuellement au secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale, en fin d'année, un bilan des différentes actions auxquelles fait référence la présente convention.* »³⁰⁰

²⁹⁷ Ibid.

²⁹⁸ Ibid.

²⁹⁹ Ibid.

³⁰⁰ Ibid.

b) Les quatre axes des principes du partenariat dans le « *Programme Culture à l'Hôpital* »³⁰¹

Le présent programme nécessite pour toute opération un jumelage entre une structure de santé et un équipement culturel qui vont se doter des mesures pour travailler ensemble dans l'activité professionnelle artistique accompagnant l'exercice médical tout au long du processus de soins du patient. Ce partenariat offre une grande opportunité pour l'établissement de soins qu'ils construisent en lien direct avec la Direction Régionale des Affaires Culturelles. Il élabore, selon l'âge des participants et la nature de leur pathologie, un document identifiant le besoin et mobilisant l'équipement culturel avec un champ d'expression artistique bien déterminé. Ce jumelage est constitué sur les bases de cette Convention qu'il doit impérativement respecter, des principes lui permettant d'obtenir un soutien logistique et une aide financière. Les critères sont au nombre de quatre :

- « *Il doit favoriser un échange, une relation étroite entre les deux établissements : ceci implique un vrai programme artistique (expositions, débats, découvertes d'auteurs et de livres, spectacles ou lectures, concerts, films...), élaboré conjointement, chacun offrant son expérience et ses moyens. C'est le rôle de la Direction Régionale des Affaires Culturelles et du responsable de l'hôpital, en accord avec l'équipement culturel, de fixer les responsabilités réciproques, le calendrier et les modalités de mise en œuvre.*

- *Il doit permettre l'implication, au sein de l'hôpital, des artistes de la région : s'agissant de programmes en faveur des personnes fragilisées, la qualité artistique des programmes doit être garantie tout en respectant les contraintes liées au contexte hospitalier. Là encore, la Direction Régionale des Affaires Culturelles et l'équipement culturel proposent à l'hôpital des artistes susceptibles d'intervenir au sein du jumelage.*

- *Il doit se dérouler sur une durée minimale d'une année.*

- *Il doit faire l'objet d'un financement par la Direction Régionale des Affaires Culturelles ou par l'équipement culturel, ou par les deux. Si la Direction Régionale des Affaires Culturelles ne finance pas directement, elle doit donner son accord sur le Projet. »*³⁰²

2) Le renforcement de la convention de 1999 par un Protocole d'accord de 2006

Sept ans après, la Convention de 1999 a eu du succès dans de nombreux hôpitaux et cela a réactivé le programme par le renforcement d'un Protocole d'accord de 2006. Ce dernier a consolidé les dispositions de la Convention précédente en reprenant trois critères sur la méthode d'élaboration du partenariat. Il a encore insisté sur la relation multilatérale à la mise en place du jumelage entre Direction Régionale des Affaires Culturelles, les Centres de santé et les équipements culturels. Il est bien précisé dans ce Protocole d'accord de 2006³⁰³ que ce jumelage constitue un acte volontariste de chaque partie signataire du partenariat. Le respect de ces règles s'impose donc réciproquement à chacun des partenaires. Les trois points, repris pour l'élaboration d'un acte de jumelage, sont les suivants :

³⁰¹ *Ibid.*

³⁰² *Ibid.*

³⁰³ Protocole d'accord du janvier 2006, « *Culture à l'Hôpital* », *op. cit.*

- « Il se déroule sur la durée (au minimum une année), avec une régularité fixée avec l'établissement de santé.

- Il s'articule autour d'un projet artistique, conçu en étroite concertation avec l'établissement de santé en fonction de l'âge et de la pathologie des malades bénéficiaires, dont la qualité est validée par la Direction Régionale des Affaires Culturelles et implique des artistes professionnels de la région.

- Il favorise la participation active des malades et des personnels soignants. »³⁰⁴

Le présent Protocole a porté un peu plus de nouveauté pour renforcer la Convention. Il a défini largement ce que la définition de la Convention de 1999 désignait comme des équipements culturels liés par les jumelages de ce programme. Sont concernées par lesdits jumelages les institutions suivantes :

- « Les musées des beaux-arts, musées des sciences et musées de société ;
- les centres d'art et les fonds régionaux d'art contemporain (FRAC) ;
- les châteaux et les monuments historiques ;
- les bibliothèques et les médiathèques ;
- les théâtres, les scènes nationales et les lieux de diffusion du spectacle vivant ;
- les conservatoires, les écoles d'art et tout autre lieu de formation artistique de manière générale, toute structure comparable financée par l'État et/ou sous sa tutelle. »³⁰⁵

Les établissements de soins concernés par ces partenariats sont les suivants : « Toutes structures hospitalières publiques ou privées, centres, centres de long séjour, maisons de repos ou maisons de retraite, etc. »³⁰⁶

a) La mise en place d'un système de jumelage entre acteurs de la santé

Le jumelage entre partenaires de santé illustre ou traduit la volonté des ministères de la Culture et de celui de la Santé de développer cette culture dans les milieux hospitaliers et de faciliter un large accès à tous les publics sans distinction ni discrimination. Rapprocher les équipements culturels de proximité du public, précisément celui de l'hôpital, constitue un autre dynamisme du système de santé et favorise la fréquentation des hôpitaux. Une marge pour associer les grandes entreprises participantes au développement de cette action au profit des malades est prévue dans le cadre de relation de partenariat dans le projet.

Cette démarche appuie la rencontre entre deux espaces, le médical et l'artistique, qui participent à l'évolution de l'état de santé du patient, mais chacun restant dans son domaine avec des exigences et un environnement appropriés. La chance de s'octroyer des aides était minime. Cela a permis, dans le cadre des jumelages, de prévoir un texte favorable au développement de l'espace théâtral à l'hôpital et de répondre aux besoins culturels de ce dernier. Des maisons de théâtre sont ouvertes pour tous et accueillent à la fois les malades et les personnels médicaux, des ateliers de théâtre santé sont à la disposition des participants et du public de proximité.

L'aménagement d'un lieu approprié au déroulement des activités du théâtre au sein de l'hôpital est aussi un parcours nécessaire pour tous les partenaires. Cette activité artistique

³⁰⁴ Ibid

³⁰⁵ Ibid.

³⁰⁶ Ibid.

nécessite la présence d'équipements adéquats, de décors, mais aussi la présence d'une bibliothèque. Chaque partenaire doit préciser ses besoins dans le document énumérant les charges de chaque partenaire.

Dans cette phase de mise en place d'un système de jumelage, il faut déterminer dans le texte de partenariat le ou les publics concernés puisque le théâtre peut desservir toute sorte de publics. Il peut accueillir tout public y compris les malades, les enfants, les personnes âgées ou les bébés. Il peut également offrir une opportunité aux malvoyants ou non-voyants, aux sourds, aux malades mentaux, etc.

Il faut définir les compétences et prévoir le système pédagogique à mettre en place afin de conduire explicitement les axes d'information, d'éducation et de communication de la thématique envisagée.

Le texte faisant objet du jumelage doit prévoir le cadre des bénévoles s'il en existe quelques-uns dans le programme. Les bénévoles s'insèrent dans une action qui va vers un service public, il est donc important de définir les modalités de leur intervention, par un contrat écrit noir sur blanc ou par une convention entre institutions à laquelle ils sont directement rattachés. Il faut définir la qualité de l'animation des ateliers, les horaires d'ouvertures et de fermetures et les fonctions attribuées aux personnels.

Pour que le jumelage voie le jour, il faut bien évidemment envisager les mesures d'évaluation du projet à la fin de l'exercice. Mais cette partie d'évaluation est explicitement développée dans les différentes parties précédentes.

b) Objectifs définis par ce système de jumelage octroyant un financement

Les objectifs facilitant l'obtention d'un financement pour un projet culturel à l'hôpital sont clairement définis dans l'article 1 de la Convention de 1999 et repris par le Protocole, déjà étudié sur les points précédents du même paragraphe.

Au-delà de ces trois critères définis ci-après, il faut en ajouter d'autres pour renforcer le système de financement des projets de jumelages entre institutions. La présente Convention précise encore une fois la provenance de ces financements et là où ils seront appliqués : « *Le coût d'un jumelage comporte principalement la rémunération des artistes et la logistique de mise en œuvre.* (Ces trois critères définissent trois sources de financement permettant sa réalisation) :

- *une participation financière du ministère de la Culture et de la Communication ;*
- *des participations des collectivités territoriales, des hôpitaux concernés, des institutions sociales locales ;*
- *le Cercle des Partenaires de la culture à l'hôpital : le ministère de la Culture et de la Communication et le secrétariat d'État à la Santé et l'Action sociale ont souhaité associer à ce programme un cercle d'entreprises et de fondations dont les contributions sont dédiées aux jumelages de leur choix.* »³⁰⁷

Le Protocole précise encore d'autres modalités expliquant comment les partenaires vont collecter le financement du programme et faciliteront le financement par les entreprises participantes : « *Un soutien financier aux jumelages choisis : Le partenaire s'engage pour*

³⁰⁷ Convention signée le 4 mai 1999 entre le ministère de la Culture et de la Communication et le secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale, *op. cit.*

une période triennale sur une participation financière de 5 060 euros par an et par jumelage sélectionné. L'entreprise devient alors "partenaire exclusif" des jumelages sélectionnés. Toutefois, chaque année, au vu du bilan de fin d'exercice que lui remet la Délégation au Développement et aux Affaires Internationales, l'entreprise peut décider de la reconduction de son soutien aux jumelages auxquels elle s'est associée, ou de sa participation à d'autres jumelages.

Les contributions financières du partenaire sont versées directement sur le compte de l'hôpital partenaire, ou, le cas échéant, sur celui de l'association qui, au plan local, assure la gestion du jumelage, déduction faite des frais de gestion du Cercle des partenaires, évalués à 230 euros par jumelage et par an. Ce versement intervient après avis favorable de la Direction Régionale des Affaires Culturelles, confirmé par courrier au responsable du jumelage. »³⁰⁸

B] LA RÉALISATION DU « PROGRAMME CULTURE À L'HÔPITAL »

Pour que ce projet « *Programme Culture à l'Hôpital* »³⁰⁹ soit réalisé, la nécessité de mettre en place un Cercle des partenaires de la « *Culture à l'Hôpital* »³¹⁰ s'imposait chez tous les acteurs. Ce Cercle regroupe des institutions publiques et privées :

- Le ministère de la Culture et de la Communication (directions centrales – directions régionales) ;
- les entreprises et les fondations suivantes : la Fondation Air France, la Fondation Banques CIC pour le Livre, la Fondation Bayer-Santé, la Fondation Hachette, la Fondation France-Telecom, la Fondation Ronald McDonald, la Fondation Suez Lyonnaise des Eaux, l'Institut Électricité Santé, le Laboratoire Glaxo-Wellcome, Lego-France et enfin Sanofi.

Ces entreprises et ces fondations avec les deux ministères ont signé cette Convention pour une période de trois ans par laquelle elles s'engagent dans leur ensemble à financer ce programme à hauteur 30 000 F en moyenne à cette époque-là (soit environ 4 573,471 euros). Plusieurs projets de jumelages sont établis entre équipements culturels et structures de soins de santé.

Ce Cercle du projet n'a pas en soi une composante juridique et ne gère pas les fonds du projet. Les sommes accordées par les partenaires sont versées immédiatement au service chargé de la gestion des jumelages. Le système de financement des partenaires n'est pas automatique, certains projets du programme peuvent ne pas avoir de financement. Les membres du Cercle choisissent en principe les jumelages qui les intéressent en fonction de leurs domaines d'intervention. Le Cercle des partenaires se réunit en général à la demande de la délégation au développement et à l'action territoriale du ministère de la Culture et de la Communication, et en principe pour les directions des hôpitaux, une invitation étant toujours réservée au ministère de l'Emploi et de la Solidarité pour prendre part à ces réunions.

³⁰⁸ Protocole d'accord du janvier 2006, « *Culture à l'Hôpital* », *op. cit.*

³⁰⁹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

³¹⁰ *Ibid.*

1) Un exemple de deux structures jumelées

Dans cette partie, l'étude se focalise sur les deux structures partenaires historiques : celle du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre et le Théâtre des Amandiers de Nanterre. Cette première structure est un établissement atypique dès sa création. Ses origines remontent à 1973 avec la « *Maison de Répression de Nanterre* »³¹¹. Jusqu'en 1992, elle avait comme mission de déraciner la mendicité considérée avant comme un délit. Elle devient donc le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers, le 13 janvier 1989. Elle reste un établissement public autonome à caractère sanitaire et social. La présidence du conseil d'administration est sous le patronage du Préfet de Police.

Cet établissement comprend un pôle hospitalier qui lie les hôpitaux Max-Fourestier avec Louis-Mourier de Colombes. Il compte aussi un pôle « *Personnes âgées* » pour des activités sociales, appelé le Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri. Cet immense établissement possède en plus un grand pôle appelé « *Accueil et Insertion* » qui comporte deux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale qui proposent des projets de longue durée de la prise en charge de la personne. Le pôle « *Accueil et Insertion* » est au centre de la problématique de l'exclusion des résidents et s'occupe du jumelage signé en 2002 entre le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et le Théâtre des Amandiers de Nanterre.

Le premier Festival de Nanterre a eu lieu sous un chapiteau appelé Côte des Amandiers en 1965 d'où la création du nom de Théâtre des Amandiers. Trois ans plus tard, en 1968, un accord entre l'État et la Ville est mis en place pour la réalisation d'une Maison de la Culture à Nanterre. Son évolution a commencé par l'ouverture d'un bâtiment provisoire pour la Culture en 1969 ensuite en 1971, avec le succès de l'Art, la création du Centre Dramatique National de Nanterre. Le Théâtre de Nanterre détient une richesse dans la culture théâtrale et fait bénéficier ses habitants et toute personne de la découverte de la culture, particulièrement celle du théâtre.

Ces deux institutions décident en commun de faciliter l'accès à la culture dramatique en leur sein. Ils associent les soins et le théâtre dans un parcours d'ateliers et de représentations au profit des malades pour diminuer un peu leurs soucis et apaiser leurs douleurs. Le 15 mars 2002, dans le cadre de la Journée nationale de la « *Culture à Hôpital* »³¹², le Centre d'Accueil et des Soins Hospitaliers et le Théâtre des Amandiers avec la Ville de Nanterre ont décidé de mettre en place un projet de jumelage prévoyant un destin culturel à proximité de leurs habitants. Par conséquent, une Convention de partenariat est signée ce même jour. Cet événement a été honoré par la présence de Michel Duffour, le secrétaire d'État au Patrimoine et à la Décentralisation culturelle, qui affirmait ce jour-là que « *La relation ancienne entre le monde de l'art et de la santé doit être remise au goût du jour.* »³¹³ L'accès aux ateliers et aux programmes du théâtre au Centre sera gratuit pour

³¹¹ « *Historique : La Direction des travaux de Paris fait l'acquisition en 1872 d'un terrain à Nanterre pour y construire une « maison de répression ».* En 1887, suite à la fermeture du dépôt de mendicité de Saint-Denis, les reclus sont transférés à Nanterre, qui devient « maison départementale ». Au printemps 1902, les personnes incarcérées sont transférées à Fresnes, tandis que l'institution se concentre sur le dépôt de mendicité. Le bâtiment abrite désormais le centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre, dont les archives remontent à 1921 ». Article de Philippe POISSON, « *Maison de répression de Nanterre* », Crimino Corpus, 28 novembre 2018.

³¹² Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

³¹³ *Le Parisien*, « *Le théâtre entre au Cash de Nanterre* », le 16 mars 2002. <http://www.leparisien.fr/hauts-de-seine/le-theatre-entre-au-cash-de-nanterre-16-03-2002-2002899945.php>, consulté le 6 octobre 2017.

chaque résidant qui le souhaite. « *L'expérience a déjà été menée avec succès pour l'une des dernières pièces proposées par le théâtre, Catégorie 3 : 1, de Lars Noren. Une œuvre de sept heures à laquelle ont assisté vingt-cinq occupants de l'hôpital. "J'ai voulu donner le meilleur de moi-même. Nous avons travaillé la pièce avec un petit groupe de volontaires, indique Philippe Guérin, l'animateur de l'atelier. Ils se sont véritablement investis dans les personnages. À la fin, ils sont allés échanger leurs impressions avec les comédiens. C'est une expérience incroyable, elle leur donne confiance, du plaisir, mais elle leur montre également qu'ils ont une intelligence incroyable." "C'est un grand souvenir, se souvient Armide, l'une des apprenties comédiennes. Je m'étais énormément investie et j'ai voulu donner le meilleur de moi-même. Je suis aussi heureuse d'avoir pu apporter du sourire à tous les résidents du Cash devant lesquels nous avons joué des extraits de la pièce." Mais la culture n'a pas attendu la cérémonie d'hier pour s'introduire entre les murs du Cash. Depuis près de dix ans déjà, par le biais de l'association Tournesol, les locataires du lieu ont pu s'ouvrir à différentes pratiques artistiques. En 1998, grâce à la bibliothèque, la ville concluait un premier jumelage avec l'hôpital : ce fut la création de l'atelier théâtre et de l'atelier lecture. Et les nouveaux projets ne manquent pas. L'écriture d'un scénario de film est d'ores et déjà engagée.* »³¹⁴

Ce jumelage se décline dans plusieurs actions culturelles complémentaires comme des ateliers de pratique théâtrale, des représentations théâtrales et des lectures théâtrales au chevet des patients. Il peut y avoir aussi des projections de films avec des possibilités d'intégration au théâtre en tant que figurants pour tous les résidents du Centre. Depuis 2010, ces structures ouvrent ensemble des ateliers d'initiation à la pratique théâtrale au profit des malades résidents dans les services de soins, de rééducation et de psychiatrie, ainsi que tous résidents du secteur social, menés par Philippe Guérin de la Compagnie du Bout du Monde.

a) Les animations de Maria Fonzini et Éric Jakobiak

Ces deux comédiens animent des ateliers au sein du Centre du service psychiatrie. L'état de santé des patients en psychiatrie et leurs conditions de vie ont permis à ces deux artistes de travailler sur une série d'exercices beaucoup plus riches et, surtout, de développer un procédé propre à sensibiliser et à motiver non seulement l'esprit, mais aussi la sensibilité et le corps humain. Ils proposent des exercices d'improvisation, des exercices de la voix, de la déclamation des mots, du travail du regard et du gestuel corporel. Ils commencent par des bases en mettant les participants en cercle au début de l'atelier ; ils constituent des groupes pour faciliter l'écoute et pour travailler en équipe. Avant de commencer, ils pratiquent des exercices d'échauffements du corps. Des exemples types : « *Disposés en cercle, Maria, Éric et les participants soulèvent un plafond imaginaire, le collent et ensuite le font redescendre jusqu'au sol.* »³¹⁵ C'est un exercice de simulation, mais qui apporte beaucoup aux participants en ce qui concerne l'imagination et le développement de l'esprit.

D'autres exercices peuvent être proposés : « *Les participants marchent dans l'espace, ils prennent confiance en eux, en tenant bien le regard ouvert, tandis que Maria et Ricard*

³¹⁴ *Ibid.*

³¹⁵ <http://www.nanterre-amandiers.com/ateliers-theatre-a-lhopital-max-fourestier/> dossier réalisé avec le concours de la Direction régionale des affaires culturelles d'Île-de-France, 2010, consulté le 6 octobre 2017.

expliquent le principe de l'équilibre sur le plateau de théâtre : il faut toujours marcher sans hésiter au centre de la Scène. Différentes sortes de marche sont proposées sur un sol collant, sur la glace. C'est un travail sur l'imaginaire. »³¹⁶

Pour le développement de la voix, de la prise de parole ou du mouvement du corps, l'exercice peut être du type : « *Échauffement de la voix et du corps ; on prononce des soupirs très profonds, tout en exagérant, et en alternance des « ah » prononcés avec une voix portée, c'est-à-dire une voie directe et forte, vers un auditoire potentiel.*

Travail du texte : Maria et Éric font mettre les participants en cercle et travaillent à partir d'extraits de textes. Les méthodes varient. Les patients peuvent distribuer de petits bouts de papier avec une petite phrase marquée dessus. Chacun son tour adresse son texte à une personne, puis à tout le monde. Ils peuvent travailler sur l'improvisation des mots. Le but est de créer un chœur où les voix des patients ne se superposent pas, mais s'enchaînent. Un autre point important est le travail du regard lorsque l'on dit son texte, on ne parle pas dans le vide, mais à l'autre et celui-ci doit sentir sur le poids du regard de celui qui parle. »³¹⁷

Il peut y avoir d'autres méthodes puisque la liste des propositions n'est pas close. Chaque deuxième semaine, ils présentent différents moyens et méthodes d'échauffements, l'exercice dure une heure, soit seul ou en binôme.

Un patient participant aux ateliers explique en quelques mots les avantages qu'il trouve dans chaque intervention : « *Cela me permet de m'exprimer, d'être plus détendu, d'être dans la peau d'un personnage. Le théâtre permet de faire des choses que l'on ne peut pas faire ; de dire des choses que l'on n'ose pas dire quand on est timide. »³¹⁸*

Dans le processus d'ateliers théâtre au sein de l'établissement, il serait également judicieux d'évoquer les apports des équipes du service psychiatrie, que ce soit sur la prise de parole ou sur l'intervention comme figurants. Les art-thérapeutes, les infirmiers (ères) ou les psychomotriciens (ennes) concourent tous ensemble à l'évolution de l'art-thérapie avec les malades et les comédiens. Après la séance, un débat est ouvert pour tous, des prises de notes et de l'élaboration d'un rapport à la fin de l'exercice.

b) Le développement de la politique culturelle sur le territoire français

Dans le cadre des différents accords interministériels signés avec les partenaires pour faciliter l'accès de la culture dans les établissements de soins, de nouveaux partenariats se développent peu à peu dans toutes les régions de France avec des mesures d'accompagnement, ouvrant des nouveaux emplois à l'hôpital. Les Directions Régionales des Affaires Culturelles et d'autres services décentralisés de l'État se donnent pour objectif de renforcer les modalités d'accès à une offre culturelle de qualité. Cette politique favorise non seulement l'accès pour tous à des pratiques artistiques et culturelles de qualité, mais aussi la démocratisation de la culture sur l'ensemble du territoire. En Île-de-France, les institutions culturelles détiennent une part considérable. En comparaison de l'activité artistique sur l'ensemble du territoire français, les statistiques indiquent qu'en Île-de-France, les Centres dramatiques nationaux couvrent 23 % de l'activité, les centres d'art 20 %, les salles de cinéma

³¹⁶ *Ibid.*

³¹⁷ *Ibid.*

³¹⁸ *Ibid.*

18 % et enfin pour les Musées de France 11 %, selon un document réalisé avec le concours du premier partenaire, la Direction Régionale des Affaires Culturelles de l'Île-de-France, daté de novembre-décembre 2010.

Le programme se poursuit et se développe depuis 1999 ; il est conduit et supervisé en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé. Ce dernier favorise, de jour en jour, la mise en place de différents espaces appropriés pour des rencontres entre le monde artistique et culturel et l'environnement hospitalier, et pour encourager des découvertes et des représentations. Tous ces investissements entrent dans la thématique d'associer et de pallier les souffrances et les difficultés de santé touchant les malades ainsi que leur monde d'isolement, grâce à un accès facile à des pratiques artistiques professionnelles et culturelles.

En 2009, un investissement pour créer 247 structures culturelles franciliennes soutenues par la Direction Régionale des Affaires Culturelles, accompagnées de 615 actions menées en Île-de-France, est estimé à hauteur d'un montant considérable de 3 500 000 €, au profit de 300 000 jeunes et malades.

Ce dispositif a permis l'élargissement des partenariats sur le plan national, régional et local au cours d'une décennie, et il les a structurés tant par l'engagement des artistes professionnels que par les conventions et les jumelages avec les institutions culturelles. Cette émergence se développe sur une grande partie du territoire français avec l'élaboration de projets culturels très pertinents initiés par des compagnies de théâtre et leurs ressources humaines.

Parallèlement, le projet s'installe dans d'autres zones, et des institutions se voient confier différentes tâches. Le cas suivant peut servir d'exemple : l'Agence Rhône-Alpes de Services aux Entreprises Culturelles est chargée de mettre en place, au plus vite, une formation des responsables culturels assurant le fonctionnement du projet dans les Centres hospitaliers. L'objectif principal de la convention est de former cent responsables culturels sur une période de cinq ans ; aujourd'hui la formation a triplé l'effectif. Ainsi, la fonction des responsables culturels s'impose dans le système hospitalier. Un nouveau métier s'exerce au sein des établissements de soins. Est-il possible de parler de changement ou de modification du système de santé ? Le métier est-il protégé par la loi ? Est-il possible de parler d'une nouvelle fonction dans l'organigramme de l'hôpital ? Quel serait donc son service de rattachement ?

2) Qui sont les professionnels de la « Culture à l'hôpital »³¹⁹ ?

Tout d'abord, il faut distinguer le métier de l'attaché culturel qui est en principe chargé de la gestion des paperasses et des démarches administratives, de celui du professionnel artistique attaché à des fonctions thérapeutiques et d'accompagnement du malade. Ce qui intéresse davantage cette recherche, c'est le métier du professionnel artistique. L'engagement y est très important, car il s'adresse surtout à des infirmiers (ères) ou à ceux qui s'improvisent art-thérapeutes. Il demande d'avoir la connaissance au minimum de deux principes de base : thérapeutique et artistique. Pour tous ceux qui souhaitent pratiquer cette fonction, il est donc

³¹⁹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

important de suivre trois formations indispensables : artistique, thérapeutique et art-thérapeutique.

Dans ces exercices de médication, il faut surtout éviter la pratique sauvage de l'art-thérapie des profanes, puisque celle-là peut être risquée et potentiellement dangereuse si la personne ne maîtrise pas bien le métier d'art-thérapeute. Son comportement peut être accompagné d'actions brutales provoquées par des mouvements ou des paroles d'un soi-disant artiste thérapeute qui peuvent réactiver des symptômes chez le patient au lieu de l'aider à se calmer ou le guérir.

Par quelle traçabilité peut-elle identifier les usages d'art-thérapeutes ou des activités culturelles à l'hôpital ?

Un petit rappel : ces exercices ont été pratiqués par les hospitaliers qui, au fur et à mesure, se sont imposés comme des acteurs culturels. Au moment de l'exercice, ils considéraient que ce temps entre dans leur temps de travail professionnel. C'est à l'arrivée de la Convention de 1999³²⁰ que ces activités sont légitimées ; elle demande la présence d'un responsable culturel chargé des projets culturels. La porte est ouverte pour les artistes thérapeutes et les projets ne manquent pas dans les hôpitaux. Ces attentes et ces fortes mobilisations permettent aux établissements de soins de définir les besoins, les compétences, les profils correspondant au poste et de prévoir les porteurs de projet. Ce sont des mesures pour renforcer et cadrer le nouvel emploi jeune.

La question de l'aspect statutaire remonte et fait l'objet d'une thématique sur le système hospitalier. Un cadre d'aménagement est proposé. Entre autres, un emploi de technicien supérieur dans certains métiers culturels dès la réforme de la filière technique correspondante ; ou des propositions sur l'ouverture d'accès dans le cadre des techniques d'organisation, des activités artistiques ou des techniques de communication.

Aux chefs des établissements de santé, aux professionnels hospitaliers, aux responsables culturels de l'hôpital, aux artistes thérapeutes et à l'ensemble des acteurs culturels et institutionnels concernés par le « *Programme Culture à l'Hôpital* »³²¹, mais aussi au ministère de la Culture et de la Communication et au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, est proposé lors d'un séminaire intitulé « *Culture et Hôpital, des compétences, des projets de qualité* »³²² de publier au maximum aux acteurs de la santé et de la culture, l'importance et l'intérêt d'avoir des compétences essentielles aux métiers d'art-thérapie pour pouvoir réaliser des actions culturelles au sein des établissements de soins.

Le Code de déontologie et de l'art-thérapeute, en son article 1 portant titre d'art-thérapeute dispose que « *L'usage du titre d'art-thérapeute est défini par l'obtention d'un certificat de niveau II – enregistrement au Répertoire National des Certifications Professionnelles par le ministre auprès du Travail, de l'Emploi et de la Santé.* »³²³

Le service culturel qui est plus fréquent dans le système hospitalier est celui de chargé des projets culturels. L'observatoire des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière demande tout d'abord de bien connaître le profil des personnes occupant la responsabilité culturelle et le contenu des métiers culturels. Une proposition a été faite pour

³²⁰ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

³²¹ *Ibid.*

³²² « *Culture et Hôpital ; des compétences, des projets de qualité* », actes du séminaire au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, des 30 et 31 mars 2004.

³²³ LPAT, « *Code de déontologie de l'Art-Thérapeute* », *op. cit.*

prendre en compte le métier de chargé culturel à l'hôpital par le détour des réformes du statut d'adjoint technique hospitalier par le Bureau des ressources humaines et de la réglementation générale des personnels hospitaliers. Il a connu une évolution statutaire suite au décret du 20 juillet 2000³²⁴ lié aux missions du fonds d'accompagnement social et à la Circulaire du 3 juillet 2001³²⁵ portant sur des projets sociaux, mais aussi sur les ressources humaines. Cette dernière dimension se manifeste sous l'axe d'observation des emplois et des métiers dans la fonction publique hospitalière.

a) L'artiste thérapeute et/ou rééducateur : rôles et compétences attribués

De prime abord, il est très utile de comprendre que l'exercice thérapeutique ne signifie pas automatiquement médicamenteux. Il convient de faire la différence entre attitudes thérapeutiques et activités thérapeutiques lors des ateliers de théâtre à l'hôpital. L'artiste thérapeute doit faire appel à ses connaissances non médicamenteuses dans les exercices de la prise en charge du patient. Par ses réflexions liées aux théories d'art théâtral, le travail sur la thérapie s'exerce sur plusieurs niveaux de recherches. À chaque séance, il doit prévoir un nouvel exercice lui permettant d'évaluer l'état de santé de son patient. Il doit non seulement évaluer les résultats, mais aussi les communiquer immédiatement à l'équipe de soins en charge du malade. L'art-thérapeute doit avoir un sens d'ouverture et de compréhension lui permettant de saisir l'information donnée par le malade et de la transférer chez un soignant compétent, si ce que le patient ressent ou lui dit sort de son domaine d'interventions. L'art-thérapie est naturellement une discipline qui complète d'autres disciplines paramédicales et ces animations théâtrales placent le malade sur une autre base que celle de la maladie. Les découvertes de théâtre permettent de retisser un lien d'humanité entre soignant et soigné par une technicisation de soins.

Le Code de déontologie de l'Art-Thérapeute affirme dans ses principes généraux, disposition 2 que : « *L'art-thérapeute tient ses compétences de connaissances théoriques et méthodologiques acquises lors d'une formation reconnue par l'État et les met régulièrement à jour. L'art-thérapeute s'engage à actualiser et approfondir ses connaissances initiales tant dans le domaine de la psychanalyse que dans le domaine artistique.*

Il effectue un travail psychique auprès d'un tiers afin de discerner son implication personnelle dans la compréhension d'autrui et s'engage à être supervisé par un professionnel compétent dans le champ de la psychologie et de la psychanalyse.

Chaque art-thérapeute est garant de ses qualifications particulières et définit ses propres limites, compte tenu de sa formation et de son expérience. Il refuse toute intervention lorsqu'il sait ne pas avoir les compétences requises.

Il fait preuve de prudence, de mesure, de discernement et d'impartialité, et ce, quel que soit le contexte de son intervention – incluant les éventuelles pressions subies. »³²⁶

³²⁴ Décret n° 2000-684 du 20 juillet 2000 relatif aux missions du fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé institué par l'article 25 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, publié au *Journal Officiel de la République Française*, n°168 du 22 juillet 2000, p. 11287.

³²⁵ Circulaire DHOS/P 1 n° 2001-335 du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale, non publié au *Journal Officiel de la République Française*.

³²⁶ LPAT, « *Code de déontologie de l'Art-Thérapeute* », *op. cit.*

Ce même Code ajoute encore une fois des normes qui élargissent les pratiques et les compétences du comédien thérapeute en édictant dans son article 16 que : « *La pratique de l'art-thérapeute ne se réduit pas aux méthodes et aux techniques qu'il met en œuvre. Elle est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique de ces techniques.*

L'art-thérapeute exerce dans les domaines liés à sa qualification, laquelle s'apprécie notamment par sa formation initiale fondamentale et appliquée, par des formations spécifiques, par son expérience pratique et ses travaux de recherche. Il procède à la réalisation d'actes qui relèvent de sa compétence.

L'art-thérapeute accepte les missions qu'il estime compatibles avec ses compétences, sa technique, ses fonctions, et qui ne contreviennent ni aux dispositions du présent Code, ni aux dispositions légales en vigueur. »³²⁷

Il est tenu de proposer une activité technique, mais qui développe tant l'expression que la communication à travers des outils ludiques. Dans son domaine d'intervention, des responsabilités et des obligations sont attachées à son rôle et aux compétences qui lui sont attribuées. L'article 17 de ce même Code dispose que : « *L'art-thérapeute est totalement responsable de la totalité de ses actes professionnels. L'art-thérapeute est tenu à une obligation de moyens, mais pas de résultat vis-à-vis du patient. »³²⁸*

b) Les qualités scientifiques et les attitudes du comédien thérapeute

Les dispositions 5 du même Code précisent les qualités scientifiques que doit avoir l'art-thérapeute lors de son travail : « *Les modes d'intervention choisis par l'art-thérapeute doivent pouvoir faire l'objet d'une explication raisonnée de leurs fondements théoriques et de leur construction.*

L'art-thérapeute ne peut en aucun cas interpréter ni exposer ce qui a été réalisé au cours des séances et de fait ne peut les utiliser en tant que preuve à vocation scientifique et/ou statistique. Ces productions étant entendues comme productions transférentielles n'ont aucune valeur objectivable.

Les publications citations publiques et méthodes utilisées par l'art-thérapeute sont réputées protégées et nul n'a le droit dans un texte informatif ou publicitaire, d'utiliser les noms et titres d'un art-thérapeute sans son autorisation expresse et son accord écrit.

En tant qu'auteur éventuel, l'art-thérapeute est protégé et rémunéré selon la législation en vigueur, il en va de même s'il est inventeur d'une méthode spécifique et déposée auprès des services officiels. »³²⁹

Le comédien qui dirige l'assise théâtrale est, contrairement à un metteur en scène qui travaille avec des professionnels du domaine, sur un terrain de non-maîtrise et de plus d'improvisation. Il doit donc avoir des moments de retrait pour observer et donner place aux malades pour exprimer leurs propres désirs. La pratique du jeu dramatique – jeu de rôle – permet au responsable de l'atelier théâtre d'écouter et d'observer par exemple un enfant qui se construit ou qui tente de se construire.

³²⁷ *Ibid.*

³²⁸ *Ibid.*

³²⁹ *Ibid.*

L'artiste qui intervient dans les services pédiatriques par exemple lors des ateliers de créations fictives doit porter attention à des processus narcissiques d'un enfant parmi les autres qui tente de plaire à tout moment. C'est un enfant qui prendra la parole à chaque instant sans l'approbation du maître du jeu. Il peut également se trouver en face d'un enfant qui cherche dans son imagination des contes ou des fictions similaires à ceux qu'il a vus ou déjà entendus avant pour les présenter lors de la séance. Il faut donc qu'il fasse attention à ses propositions et qu'il veille à créer une simulation qui sera entre le désir des deux enfants participants au théâtre.

Par exemple : un enfant qui racontait l'histoire de la « *fée de jinn d'Azur et Asmar* »³³⁰, et qui dans sa tête, était Azur et à un moment, a voulu dire que son père l'avait envoyé en ville pour y être éduqué et il a dit : « *Mon père m'a renvoyé en ville* ». Il a fallu que l'artiste intervienne pour arrêter l'histoire et pour rappeler les règles de la fiction à l'enfant et à l'ensemble des participants de faire-semblant. Il lui dit : « *Ce n'est pas ton père, c'est le père d'Azur* ». L'enfant a ensuite repris l'histoire en disant : « *Le père d'Azur l'a renvoyé en ville pour y être éduqué.* » L'objectif ici était d'aider l'enfant à penser et développer seul son esprit. À la fin de l'histoire, le maître du jeu relèvera toutes les contradictions, les confusions, les difficultés de locution, les problèmes de logique, les cas d'impossibilités rencontrées lors du récit.

À son tour, il doit reprendre les cas repérés pour proposer des hypothèses possibles comme des raccourcis, des rythmes de parole permettant à l'enfant au cours de son histoire de ne garder que l'essentiel. Le rééducateur ne doit rien imposer à l'enfant que ce soit un rôle ou une réplique. Il n'est pas dans l'obligation de répéter mille fois les consignes de bonne compréhension, puisque la mauvaise compréhension enrichit l'action et crée d'autres perspectives de vision.

Le contrôle de son attitude verbale est très important, surtout pour encourager l'enfant ou le patient participant à l'atelier. Des paroles leur donnant confiance en eux et stimulant des changements psychiques facilitent la réinsertion du malade ou la réconciliation de l'enfant avec les apprentissages.

Au cours de l'exercice, l'art-thérapeute doit avoir une position différente qui permet aux participants de changer ou d'évoluer comme de répondre aux questions avec des suspens ou des non-réponses et/ou de donner des réponses évasives, tout cela contribue au développement psychique. Il est conseillé au rééducateur d'avoir une attitude d'évaluation sur les principes de la méthode ou le processus ainsi que sur les produits finaux.

Conclusion du Chapitre I

En somme, le théâtre est actuellement pratiqué dans la médecine expérimentale en France. Des comédiens et des professionnels médicaux organisent des ateliers théâtre dans le domaine de la santé pour accompagner les patients dans le cadre de la nouvelle démarche de santé publique.

³³⁰ Azur et Asmar est un dessin animé en langue française de Michel Ocelot paru en 2006. Il apporte comme une idée centrale le sujet de la tolérance et de la différence de l'autre. L'histoire est celle d'une jeune femme, Jenane, une nourrice venue de l'autre côté de la mer, qui élevait son propre fils Asmar et le fils de son maître Azur. Une fois grands, ils se jalourent pour gagner l'exclusivité de l'amour maternel. Par ses disputes, Azur a été envoyé en ville par son père pour y être éduqué et il chasse la nourrice et son fils au même moment.

Toutefois, il est possible de constater que le pouvoir central garde un droit de regard non seulement sur l'ensemble du déroulement des ateliers mais aussi sur la gestion et sur la démarche envisagées afin de prévoir des mesures réglementaires appropriées au « *Programme Culture à l'Hôpital* »³³¹.

Ici, il était question de savoir pourquoi le théâtre à l'hôpital et comment est-il exercé au sein de l'établissement de santé et/ou en dehors de l'hôpital pour sensibiliser, informer, éduquer et communiquer les informations de santé.

Il se trouve aujourd'hui que l'art dramatique joue un rôle préparatoire pour sensibiliser et pour mobiliser la population dans le but de l'encourager au respect des règles d'hygiène mais aussi de santé publique. Cette recherche révèle aussi que l'art théâtral participe à la lutte contre les fléaux et la salubrité et/ou tout autre risque de maladie véhiculée par les animaux.

Le théâtre dramatique est ici considéré comme indispensable pour instaurer la démocratie participative et citoyenne dans chaque nouvelle mesure sanitaire impliquant la population en général ou le patient en particulier. Il est aussi retenu pour répondre aux objectifs de la médecine envers la population en organisant des assises ou des ateliers santé et des représentations impliquant tous les acteurs concernés. Des questions sur la communication de santé publique ou sur la politique de vaccinations ou d'éducation à la santé constituent en principe l'idée centrale de ce programme.

Il est donc clair que la méthode mise en place par le « *Programme Culture à l'Hôpital* »³³² est un processus qui envisage de réorienter et de donner de nouvelles perspectives de vie à la population. C'est pourquoi cette politique fait appel à des conventions internationales, à des chartes et à des déclarations pour mener à bien ses missions politiques et culturelles comme la question de la « *bientraitance* » dans le secteur social comme dans celui du médicosocial. En revanche, les réponses données à cette question restent encore une problématique puisque la « *bientraitance* » trouve sa définition complète dans la maltraitance.

Après avoir examiné le Chapitre I (Scène I), il est essentiel de traiter le Chapitre II (Scène II), intitulé : « *L'information et l'éducation de santé* ».

³³¹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

³³² *Ibid.*

CHAPITRE II / SCENE II – L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION DE SANTÉ

Les notions d'information et d'éducation à la santé remontent à la Déclaration d'Alma-Ata de 1879³³³ relative aux soins de santé primaires et à la Charte d'Ottawa de 1986³³⁴ relative à la promotion de la santé qui posent les bases de l'éducation à la santé et de l'amélioration de la santé pour tous. Depuis, le monde a connu une forte régression des maladies infectieuses et surtout de la mortalité infantile. L'information de santé et l'éducation encouragent un grand nombre de personnes à mieux se nourrir et se vêtir. Par ailleurs, l'accès à l'eau potable s'est amélioré. Par conséquent, l'espérance de vie s'est allongée de jour en jour.

Les ateliers théâtre santé dans leur projet d'information et d'éducation à la santé offrent des méthodes et des moyens sur des thématiques de santé générale, sur la nutrition, sur les modes de vie beaucoup plus sains, mais aussi sur quelques maladies spécifiques tout en proposant des traitements appropriés. Ce projet s'adresse en permanence aux alcooliques, aux malades mentaux, aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, aux personnes âgées et surtout aux femmes sur la régulation des naissances. Les artistes peuvent à certains moments passer les informations sanitaires d'une manière informelle, par exemple passer des publicités, à la télévision ou dans leur représentation. Ce projet reste donc un facteur essentiel de santé. Cette démarche envisage de toucher le grand public puisqu'il est bien connu que le public le moins touché par la maladie est celui qui est plus informé et éduqué sur les bases de santé. La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique³³⁵ a réparti sur le territoire les rôles et les compétences de chaque autorité publique et des acteurs de santé.

Le théâtre participe activement aux différentes marches de la grande politique de santé tant par sa qualité et son pouvoir de toucher en masse le grand public que par ses méthodes de détour lui permettant d'informer et d'éduquer la population aux éventuels risques sanitaires que ce soit dans le présent ou dans le futur. L'intervention de l'instrument dramatique dans la médecine pour veiller à la santé de la population constitue un facteur indispensable à l'hygiène publique, mais aussi un droit culturel pour les malades. Ces derniers ont le droit d'être éduqués comme ils ont le droit d'être informés de l'évolution de leur état de santé et de toutes interventions médicales prévues pour leurs soins. Le Code de la santé publique n'a pas évoqué la notion d'information ou d'éducation à la santé véhiculée par le professionnel du théâtre. Il a toutefois précisé dans son article L.1111.2 alinéas 1 que : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. [...]* »³³⁶. Cet alinéa n'a donné aucune précision sur le moyen à utiliser pour informer le patient ou la population d'une manière générale. Le spécialiste du théâtre participant à l'évolution de l'état de santé du patient est tenu aussi d'informer ses participants aux ateliers théâtre et santé de toutes informations les concernant. Il doit aussi divulguer par ses représentations au grand public, par tous moyens d'information et d'éducation, des mesures et des précautions à prendre lors de la présence d'un fléau qui touche la société ou toutes dispositions médicales prévues par les centres hospitaliers ou les

³³³ Déclaration d'Alma-Ata de 1879, *op. cit.*

³³⁴ Charte d'Ottawa de 1986, *op. cit.*

³³⁵ Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, publiée le 19 février 1992, *Journal Officiel de la République Française*, p. 1173.

³³⁶ Code de la santé publique, 30^e édition, éd. Dalloz, 2016.

ministères concernés. Ce même article détermine la qualité de l'information à véhiculer auprès du public ou du patient faisant l'objet d'études, lors des entretiens ou des ateliers médicaux : « Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L.1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. »³³⁷

L'article précité dans son alinéa 2 affirme que « cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. »³³⁸ Dans l'ensemble des acteurs de santé, le professionnel de théâtre est le seul qui détienne le charisme d'informer facilement le grand public et le corps médical le sollicite pour être en contact avec le public dans les lieux publics ou restreints et surtout en atelier théâtre à l'hôpital. La détermination du comédien traduite par son savoir-faire au métier d'informateur connaît des limites selon ledit article qui ordonne que « la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. »³³⁹

En absence des règles spécifiques dans le Code de la santé publique organisant l'information du comédien thérapeute, ce dernier, étant en charge du patient, est dans l'obligation de respecter ces normes et d'en faire usage à chaque fois que le besoin se présente, comme tous les professionnels médicaux.

Les informations ne se limitent pas aux données prévues par l'article L.1111-2, celles de l'article L.1142- 4 du même Code énoncent que « toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage. »³⁴⁰ Ces informations ont connu des modifications à travers les lois³⁴¹ relatives au traitement des données médicales. Il est donc évident que l'artiste fasse appel aux normes de la loi Kouchner³⁴² qui met en place un droit général pour tout usager de l'hôpital d'être informé et éclairé de son état de santé, ainsi que de l'aider à prendre toutes décisions concernant ses soins.

³³⁷ Ibid.

³³⁸ Ibid.

³³⁹ Ibid.

³⁴⁰ Ibid.

³⁴¹ Plusieurs textes ont apporté des modifications ou des évolutions à la notion des données médicales à informer. Il y a par exemple la loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé qui modifie la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi que la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au corps humain. Il y a aussi la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

³⁴² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Journal Officiel de la République Française*, p. 4118.

Cette recommandation ou plutôt obligation de mettre l'artiste dramatique au même niveau sur les règles du Code de la santé a pour objectif d'aider le comédien à respecter son obligation d'information et de lui permettre de dispenser une information non seulement pertinente, mais aussi de qualité et très personnalisée.

Pour la question de l'éducation de la santé ou de l'éducation à la santé, l'artiste thérapeute exerce ses ateliers théâtre à l'hôpital avec timidité puisque le Code de la santé reste encore muet sur cette question. Mais il continue de travailler quand même dans la démarche de la politique culturelle à l'hôpital au profit des patients, des usagers et des professionnels médicaux sous une couverture conventionnelle et les jumelages.

Le Code de la santé publique, dans article L.1161-1, édicte que : « *L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.*

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret. [...] »³⁴³

L'artiste adapte son implication aux principes ou aux règles prévues pour les éducateurs thérapeutiques en charge du patient par le Décret du 2 août 2010³⁴⁴. Les artistes dramatiques ou les Maisons de Théâtre et les différentes compagnies artistiques œuvrant à la promotion, à la prévention et/ou à l'éducation pour la santé peuvent participer à cette éducation en qualité d'association régulièrement déclarée selon les dispositions de l'article 1 dudit Décret qui dispose explicitement que : « *Compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Article D. 1161-1. L'éducation thérapeutique du patient peut être dispensée par les professionnels de santé mentionnés aux livres Ier et II et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du présent code. Elle peut être assurée avec le concours d'autres professionnels. Les membres des associations agréées conformément à l'article L.1114-1 et des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé peuvent participer à l'éducation thérapeutique du patient dans le champ déterminé par les cahiers des charges mentionnés à l'article L.1161-2 et à l'article L.1161-3.*

Article D.1161-2.- Pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, les professionnels mentionnés à l'article D.1161-1 disposent des compétences suivantes :

- 1° compétences relationnelles ;*
- 2° compétences pédagogiques et d'animation ;*
- 3° compétences méthodologiques et organisationnelles ;*
- 4° Compétences biomédicales et de soins.*

Le référentiel déclinant ces compétences et les conditions nécessaires à leur acquisition sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé »³⁴⁵. Cet article est complété par l'article L.1114-1 et d'autres du Code de la santé publique.

³⁴³ Code de la santé publique, 30^e édition, éd. Dalloz, 2016.

³⁴⁴ Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, *Journal Officiel de la République Française*, p. 14392.

³⁴⁵ *Ibid.*

L'exercice de théâtre, que ce soit à l'hôpital ou dans les lieux publics, doit être de type à inculquer au public, aux participants – ou à la population d'une manière générale – des principes sanitaires et des habitudes d'hygiène selon une ou des thématiques de santé ciblées.

La pratique du théâtre dans les services de maternité par exemple fournit une éducation hygiénique de l'enfance considérée comme le seul moyen de prophylaxie purement efficace dans l'éradication des grands fléaux. La notion de l'éducation dans la médecine se trouve sur un arbre à plusieurs branches que chacun nomme en fonction de ses besoins, mais le principe reste le même : éducation à la santé, éducations de la santé, éducation sanitaire, éducation pour la santé et enfin, éducation hygiénique. Elle est historiquement connue au XVIII^e siècle sous la notion de l'hygiène publique³⁴⁶.

Le dirigeant de l'atelier doit calquer son programme d'éducation thérapeutique des malades selon le cahier des charges national dont les mesures d'élaboration sont définies par un arrêté du ministre en charge de la Santé. L'article L.1161-2 du Code de la santé publique affirme que : « *Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé. Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.* »³⁴⁷

La Charte d'Ottawa³⁴⁸ affirme que l'information et l'éducation à la santé développent non seulement la santé individuelle, mais aussi celle de la société. Elle demande l'implication de toutes les classes sociales et les actions de certaines institutions éducatives et bénévoles. Elle précise dans le point 4 de l'axe 2 que : « *Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.*

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux. »³⁴⁹

L'activité dramatique contribue à la coexistence de deux modes d'information : d'un côté, des informations purement médicales fournies par des spécialistes répondant aux normes de l'information publique et, de l'autre, une grande partie d'informations, à destination du grand public, véhiculées par les spécialistes de l'art théâtral destinées aux patients ou à toute personne concernée. Cette cohabitation évite la création d'une tension entre ces deux catégories de professionnels attachés à l'information et à l'éducation pour la santé. Ceci crédibilise l'information et l'éducation de l'artiste et le grand public ne s'interroge plus sur la fiabilité et/ou la validité de ces informations.

³⁴⁶ Jacques ARVEILLER, « *De l'hygiène publique à l'éducation sanitaire, un texte de Charles Marc (1829)* », Cairn-info, Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, vol. 39, n° 1, 2006.

³⁴⁷ Code de la santé publique, 30^e édition, éd. Dalloz, 2016.

³⁴⁸ Charte d'Ottawa de 1986, *op. cit.*

³⁴⁹ OMS, « *La charte d'Ottawa* », adopté le 21 novembre 1986, Ottawa.

Le « *Programme Culture à l'Hôpital* »³⁵⁰ ou l'art théâtral, par l'ouverture et la liberté qu'il procure aux milieux hospitaliers ou par les nouvelles missions sociales attachées à ces établissements, a absolument changé la vision et la représentation de ces institutions. Il est donc important de savoir quelles sont les nouvelles missions de l'hôpital par le théâtre ou celles du théâtre dans la santé ? Pourquoi informer ou éduquer toute une population sur des bases de santé ou sur une thématique de santé spécifique ?

Il faut tout d'abord comprendre que le théâtre s'inscrit dans une mission de citoyenneté dans le projet artistique au sein de l'hôpital dans le but de construire une démocratie sanitaire pour tous. Il est toutefois nécessaire de préciser que l'espace de soins devient un lieu citoyen et il ne faut pas faire la différence entre ce qui relève de l'acte clinique et ce qui relève de la dimension citoyenne. Il faut cependant chercher à connaître le rapport du théâtre avec les milieux de soins ou à s'intéresser un peu plus à l'absence de rapport entre les deux, puisque le produit de ce dernier rend l'alliance de ces deux disciplines plus intéressante.

Quoi qu'il en soit, la carence des règles n'empêche pas le théâtre d'avoir sa place dans la médecine par ses méthodes informatives et éducatives, d'un côté, pour aider les malades et, de l'autre, pour ouvrir un espace de liberté et de confiance entre soignant et soigné. Cette importante transformation est due à une mutation très profonde de la société et qui pousse l'hôpital à penser autrement et à jouer une autre mission que celles qui lui ont été attribuées auparavant. Nonobstant, il est nécessaire de savoir quelles sont les premières missions de l'hôpital dans ce projet culturel : les soins ou l'espace social du comédien ? Alors pourquoi le théâtre intéresse-t-il la puissance publique et privée pour s'investir dans le développement de l'information et de l'éducation au profit de l'évolution de l'état de soins des patients ?

Répondre à ces interrogations constituera le plan de ce chapitre. La politique de l'information de santé en Section I et la politique de l'éducation à la santé en Section II.

SECTION I - LA POLITIQUE DE L'INFORMATION DE SANTÉ

L'article 7 de la Déclaration³⁵¹ de Fribourg précise le droit de chacun d'avoir librement une information au respect de la diversité culturelle. Ici, l'information n'est pas précise. Elle est générale, mais garde une particularité sur l'information artistique. « *Dans le cadre général du droit à la liberté d'expression, y compris artistique, des libertés d'opinion et d'information, et du respect de la diversité culturelle, toute personne, seule ou en commun, a droit à une information libre et pluraliste qui contribue au plein développement de son identité culturelle ; ce droit, qui s'exerce sans considération de frontières, comprend notamment :*

- a. la liberté de rechercher, recevoir et transmettre les informations ;*
- b. le droit de participer à une information pluraliste, dans la ou les langues de son choix, de contribuer à sa production ou à sa diffusion au travers de toutes les technologies de l'information et de la communication ;*
- c. le droit de répondre aux informations erronées sur les cultures, dans le respect des droits énoncés dans la présente Déclaration. »*³⁵²

³⁵⁰ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

³⁵¹ Déclaration de Fribourg, « Les droits culturels », *op. cit.*

³⁵² *Ibid.*

La présence du théâtre dans l'espace de soins a généré une émancipation considérable des participants qui a projeté dans un sens premier la valeur éthique et fondamentale du théâtre, comme l'autonomie de la personne et sa participation, son évolution dans le domaine médical. L'art dramatique considère le patient comme partenaire du médecin, non seulement en fonction de l'importance du rôle qu'il joue dans la pratique médicale, mais aussi à la gestion de sa santé. Cette information est une nécessité éthique et une nécessité pour l'économie de santé publique.

Grâce à des informations bien ordonnées, spécifiques et véhiculées par les moyens théâtraux, ces informations permettent au patient d'acquérir au maximum les connaissances et les techniques essentielles à la gestion de santé ou à la coexistence avec ses proches. Le patient bien informé peut avoir un contrôle sur les dépenses de santé et avoir une attitude responsable. Cela lui permet de garder sa place de partenaire de l'équipe médicale tout au long du processus de santé.

L'important dans cette action théâtrale est de le mettre au courant, d'avertir et d'instruire le patient et surtout de donner des renseignements très précis et bien clairs qui sont dans l'ensemble des informations loyales et adaptées à chaque situation. L'artiste qui informe ses participants gagne facilement les consentements bien éclairés des malades qui sont un principe fondamental du droit civil retenu pour les actes médicaux. L'autonomie de la personne s'identifie sur le respect de son choix auquel ce dernier est éclairé par l'information donnée par son artiste thérapeute. Le patient non informé a le droit de se désister ou de refuser sa participation aux assises théâtre. Le point 2.1.5 Code de déontologie des art-thérapeutes précise que : « *Le patient, libre de s'engager dans l'accord thérapeutique avec l'art-thérapeute de son choix, peut interrompre les soins prodigués quand il le souhaite. L'art-thérapeute peut émettre un droit de réserve, le cas échéant.* »³⁵³

La question de l'information est indispensable dans tous les actes médicaux, paramédicaux ou à toute personne exerçant une pratique sur les soins du patient. Un arrêt de la Cour d'Appel de Rennes précise clairement dans ses « *Titrages et résumés : celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation. Ainsi, il incombe au médecin, tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient, de prouver qu'il a exécuté cette obligation.* »³⁵⁴ Cet arrêt est suivi par un autre pour renforcer l'idée d'informer le patient de toutes mesures prises pour l'évolution de son état de santé. L'arrêt Hédreul de la Cour de Cassation³⁵⁵ a soulevé des émotions chez les professionnels médicaux par sa décision énonçant qu'il découlait au médecin d'apporter la charge de la preuve, qu'il a suffisamment informé le patient de toutes pratiques et leurs conséquences. Cet arrêt a provoqué des mouvements puisqu'auparavant une jurisprudence plus ancienne demandait au patient d'apporter la preuve du préjudice subi. Ce renversement explique donc que l'artiste thérapeute doit être attentif pour s'assurer que le malade a reçu toute information possible le concernant et celles de toute démarche envisagée dans l'atelier théâtre. Les questions posées par les malades n'enrichissent pas uniquement l'échange entre médecin et patient, elles développent et facilitent l'obtention du consentement libre et éclairé du malade.

³⁵³ FFAT, « *Code de déontologie des art-thérapeutes* », *op. cit.*

³⁵⁴ Cour d'appel de Rennes, du 5 juillet 1994, Bulletin 1997, I, n° 75, p. 49.

³⁵⁵ Cass. Civ. 1^{ère}, Arrêt n° 426, 25 février 1997.

Le comédien, dans son atelier théâtre, fait de son art auprès des malades, des usagers et des professionnels médicaux un concept d'actualité très riche et sa réalité baigne dans toutes sortes d'expressions d'arts.

PARAGRAPHE 1 - LE THÉÂTRE COMME MOYEN D'INFORMATION DE SANTÉ

La notion de l'information de santé que le théâtre s'approprie comme moyen de divulguer des renseignements que ce soit au grand public, au patient ou au participant des ateliers est un principe jurisprudentiel³⁵⁶ repris par la loi Kouchner³⁵⁷ et qui évolue dans le Code de la santé publique à l'article L.1111-2 alinéa 7 qui dispose que : « *En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.* »³⁵⁸

L'art dramatique thérapeutique porte le contenu de son information sur l'état du malade ou sur des données relatives à la santé publique fournies par le ministère de la Santé ou à tout acteur de santé. Dans les assises de théâtre, lorsque le patient fait l'objet d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention, l'artiste doit impérativement délivrer au malade dans le cadre de ses compétences, toutes informations pertinentes permettant à ce sujet de prendre, étant bien informé, ses décisions en connaissance de cause. Le théâtre à proximité du public intéresse ce dernier s'il prend en compte la situation ou le cas posé en problématique, que ce soit dans les dimensions psychologiques, médicales, sociales ou culturelles. Il implique tant les données générales que les éléments singuliers.

La qualité de l'information doit, quelles que soient les données, être exclusivement divulguée de façon orale ou gestuelle accompagnée d'une mise en scène et d'un décor répondant aux critères de cette information. Trois principaux contenus sont souvent pratiqués pour ce moyen d'information :

- théâtre synthétique, très hiérarchisé, personnalisé et beaucoup plus compréhensible par le patient ;
- fournir si elles existent quelques alternatives pour les sujets en discussion ;
- présenter les valeurs escomptées par les actes ou soins envisagés, puis expliquer au public leurs inconvénients et leurs risques éventuels en cas de non-respect des mesures prévues.

Par exemple en cas d'épidémie de choléra, l'information du comédien doit se porter sur les risques fréquents, expliquer tout risque prévisible et mettre l'accent sur les risques très graves qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital de chacun ou son système fonctionnel. Il doit envisager une manière d'expliquer également les risques spécifiques liés à la personne et les mesures de précaution particulières à prendre pour les éviter. Avant la fin de l'atelier, le maître du jeu doit s'assurer que les participants ont saisi l'information qui leur a été délivrée en les sollicitant par questions ou en leur demandant de dire et d'expliquer ce qu'ils ont compris.

³⁵⁶ C. Cass, Ch. Civ 1, du 9 octobre 2001, n° 00-14.564, publié au bulletin, 2001, n° 249, p.157.

³⁵⁷ La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi Kouchner, JORF, n°54 du 5 mars 2002 p. 4118.

³⁵⁸ Code de la santé publique, 30^e édition, éd. Dalloz, 2016.

Le jeu dramatique ouvert au grand public dans ce rôle d'instructeur, d'informateur et même d'éducateur à l'hôpital est particulièrement plus libre que le théâtre professionnel alourdi par sa contingence matérielle telle que la régie son, les costumes et les décors, etc.

A] L'ARTISTE INFORME

Le point 2.1.1 du Code de déontologie des art-thérapeutes précise que : « *L'art-thérapeute définit un cadre thérapeutique, en informant le patient des aspects de son activité susceptibles de l'éclairer sur l'art-thérapie pour un éventuel engagement (avec notamment des précisions quant aux honoraires, horaires, durée, démarche thérapeutique, conditions de travail, etc.).* »³⁵⁹

Quand il informe ses patients, il se trouve en relation contractuelle au moins en ateliers libéraux. Il s'agit ici d'un contrat civil comportant des obligations réciproques pour les deux parties, à la différence des ateliers à l'hôpital public qui met un contrat tacite entre la structure étatique et le patient. Ce dernier a le droit ou exige qu'il soit traité sur le même pied d'égalité que les autres malades, quelles que soient sa pathologie, sa religion, sa condition de vie, sa nationalité ou l'inspiration de ses sentiments.

Pour toute prise en charge, le professionnel d'art thérapeutique est tenu tout d'abord de mettre en place une phase de rencontre avec son patient afin de déterminer ensemble les objectifs de l'engagement et même les motivations de l'atelier. À la fin de l'entretien, un calendrier est convenu pour les prochaines séances suivant le projet élaboré personnalisé d'art thérapeutique. L'artiste est dans l'obligation de se soumettre au secret professionnel. La durée des séances varie selon le nombre des participants : de 45 à 60 minutes pour des séances individuelles – de 120 minutes pour les groupes de quatre à six personnes appelées séances en petit collectif, et de 180 minutes pour le grand public.

Lors des exercices, l'art-thérapeute doit avoir en tête que le patient le mieux informé de son évolution de soins participe activement dans l'action théâtrale avec courage et agit selon les règles convenues. Quand il lance ces informations, il doit avoir une maîtrise de ces données et laisser une marge suffisante permettant une réflexion du malade. Le patient en confiance n'aime agir que par conviction et persuasion. Il est remarquable que l'information donnée au patient s'adresse tantôt à l'individu, tantôt à un groupe restreint atteint d'une même pathologie. Ces informations sanitaires doivent toucher la population dans l'ensemble du territoire avec un but bien précis. Quoi qu'il en soit, si l'information est bien claire, elle permet à l'individu ou au patient d'intégrer ses antécédents de santé et d'orienter sa démarche vers un consentement aux soins et à quelques examens médicaux. Le patient étant acteur de sa santé, le maître du jeu doit lui apprendre non seulement des mesures de premier secours, mais aussi l'informer davantage des précautions à prendre durant toute sa vie en cas de manifestations physiologiques ou psychiques persistantes.

La transmission des informations dépendra de la catégorie d'âge du patient. Les enfants par exemple auront les informations à travers des différents types de jeux à la différence des adultes qui souhaiteront que l'artiste tienne compte de leur expérience, de leurs caractéristiques psychosociales, de leur situation familiale, de leurs racines culturelles ou de

³⁵⁹ FFAT, « Code de déontologie des art-thérapeutes », op. cit.

leur religion. Ils rechercheront donc des réponses sérieuses et concrètes à leurs soucis. Quand l'information n'est pas donnée individuellement, l'artiste doit trier les informations communicables surtout quand il s'agit de sessions où le conjoint, les membres de la famille, voire même les amis participent, le secret médical n'est jamais communiqué sans l'autorisation de l'intéressé. L'article 35 (article R.4127-35 du Code de la santé publique) du Code de déontologie médicale précise ouvertement que : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.*

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »³⁶⁰

1) L'information véhiculée par l'artiste aux usagers du système de soins

De prime abord, pour des mesures de soins, l'artiste avancera ou indiquera des propositions qui sont préférables pour des raisons médicales et sociales et en expliquant le pourquoi de ces choix. Il invite les usagers à poser des questions ou à apporter leurs expériences sur les informations données. Il invite encore une fois les participants à revenir aux ateliers s'ils se posent de nouvelles questions.

La loi du 4 mars 2002³⁶¹ a non seulement consacré la notion des droits du patient, mais aussi ceux des usagers dans le système de santé. Elle reconnaît aux usagers le droit d'être informé avec une information claire et loyale, le droit de participer dans la prise de décision, mais aussi de respecter leur vie privée, leur dignité, le droit de se plaindre et surtout d'être indemnisé en cas de dommages.

Certaines questions sont très pertinentes à étudier sur cette partie. Pourquoi véhiculer des informations de santé plus particulièrement thérapeutiques à des usagers de l'hôpital ? Quel est le rôle des usagers dans le système de santé ? Participent-ils dans le processus de soin artistique du patient ?

Avec la nouvelle stratégie nationale de santé lancée depuis 1999 par le « *Programme Culture à l'hôpital* »³⁶², certains droits individuels sont plus élargis pour assurer une meilleure condition d'hospitalisation et de continuité de la prise en charge du patient et des usagers du système de santé, depuis la prévention vers l'accompagnement aux soins. La pratique de soins artistiques et la loi du 4 mars 2002³⁶³ modernisent le système hospitalier et introduisent une marge de responsabilité du patient, en les associant davantage avec leurs proches ainsi que leurs représentants à la mise en place de la politique nationale de santé. Tous ces principes renforcent en permanence la représentation des usagers dans les différentes agences de santé et dans chaque instance de décision des hôpitaux privés.

³⁶⁰ Code de déontologie médicale, édition avril 2017.

³⁶¹ Loi Kouchner du 4 mars 2002, *op. cit.*

³⁶² Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

³⁶³ Loi Kouchner du 4 mars 2002, *op. cit.*

Par la voie de la démocratie participative installée dans l'art théâtral, l'artiste aide les usagers à comprendre au mieux le système d'accompagnement, à saisir leur devoir de prise en charge des personnes en situation précaire ou à mobilité réduite. L'information de l'artiste renforçant la présence et la connaissance des usagers d'établissements de soins et complète les objectifs lancés en avril 2016 à l'initiative de la Fédération de l'hospitalisation privée et la Fondation des usagers du système de santé qui ont pour mission de contribuer tant à la progression de ce système qu'au développement de la démocratie sanitaire et ainsi de mieux défendre les droits des malades. Cette fondation des usagers a confié à l'unanimité des membres de son comité exécutif, lors de sa première réunion tenue le mercredi 13 avril 2016 à Paris, la présidence de cette institution à Jean Léonetti, ancien ministre, parlementaire et médecin cardiologue. « *Je suis très honoré de présider cette fondation des usagers. Je me suis battu pour les droits des patients en fin de vie. Aujourd'hui, cette initiative citoyenne me permet d'élargir cet engagement. Il est nécessaire que les politiques, les responsables d'établissements et les médecins soient encore davantage à l'écoute des associations de patients et des organisations d'usagers. C'est à eux de s'emparer des enjeux sociétaux concernant la santé, en débattre et agir ensemble pour l'améliorer. Il est également nécessaire de rendre les citoyens et les patients responsables et acteurs de leur propre santé* »³⁶⁴ déclare Jean Léonetti lors de sa nomination.

Cette fondation et le « *Programme Culture à l'hôpital* »³⁶⁵ se complètent pour tenter dans leur ensemble d'améliorer ce système par des appels à projets en direction de compagnies artistiques, d'associations, de bénévoles, d'établissements de santé, de structures de soin sur la notion de prévention, l'éducation, l'information, la communication, le droit des patients, l'amélioration de la prise en charge des malades. Le président de la fondation précise encore une fois : « *Nous espérons à travers ces appels à projets être une force d'action pour permettre, à partir d'initiatives concrètes de terrain, de faire avancer les droits et les devoirs des usagers de notre système de santé.* »³⁶⁶

a) L'information sur les droits des patients

Le Code de l'art-thérapie dispose que : « *19) L'art-thérapeute n'est ni un psychologue clinicien, ni un analyste, ni un kinésithérapeute, ni aucune autre fonction de la santé n'ayant pas pour titre Art-thérapie. Selon son niveau de compétence, il se doit de faire appel à un spécialiste de la santé pour la protection de son patient. Par conséquent, l'art-thérapeute ne peut pas prononcer de diagnostic.* »³⁶⁷

Le point 2.1.2 du Code de déontologie des art-thérapeutes énonce que : « *L'art-thérapeute formalise ou concrétise le cadre thérapeutique pour lequel lui-même et le patient s'engagent, par la mise en place conjointement d'un accord, oral ou écrit, sachant que cet accord pourra évoluer en fonction des nécessités du processus thérapeutique.* »³⁶⁸

³⁶⁴ <https://www.fondationdefrance.org/fr/fondation/fondation-des-usagers-du-systeme-de-sante>

³⁶⁵ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

³⁶⁶ <https://www.fondationdefrance.org/fr/fondation/fondation-des-usagers-du-systeme-de-sante>

³⁶⁷ Éthique et Code de Déontologie de l'AAC, Praticien en art-thérapie spécialisation danse & médiations créatrices, Association Art des Corps.

³⁶⁸ FFAT, « *Code de déontologie des art-thérapeutes* », *op. cit.*

Le médecin et l'artiste doivent expliquer au patient le pourquoi et l'importance d'engager une ou plusieurs séances d'ateliers théâtre pour son bien-être et surtout pour le suivi de ses soins. Ils doivent diriger l'information du patient dans l'objectif de lui faire savoir tous ses droits et ses devoirs dans une démarche théâtrale et de l'informer d'une manière approfondie des valeurs à escompter de ces assises. L'artiste meneur du jeu garde en lui un aspect d'informateur, mais aussi de formateur auprès du malade.

Ces informations sont bien évidemment une obligation pour tout professionnel exerçant des actions de soins pour le patient. L'article 35 du Code de Déontologie médicale (article R.4127-35 du Code de la santé publique) édicte que : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.*

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »³⁶⁹

Un arrêt de la Cours de Cassation du 9 octobre 2001 précise qu'aucun : « *Médecin ne peut être dispensé de son devoir d'information vis-à-vis de son patient par le seul fait qu'un risque grave ne se réalise qu'exceptionnellement.* »³⁷⁰

Ainsi, l'artiste thérapeutique est tenu d'une obligation d'information claire et loyale tout en tenant compte de la valeur des informations sur le patient, de la prise en charge ce dernier et de ses valeurs culturelles, religieuses et sociales. Il doit lui faire savoir qu'il peut demander à être tenu dans l'ignorance de son état de santé ou de tout diagnostic effectué. Il est important de lui faire savoir qu'il a le droit de ne pas révéler une ou des informations à ses proches. Le comédien n'a pas à évaluer l'information à ne pas révéler, cela reste un droit exclusif du patient sauf si l'information porte un intérêt général dans la Santé publique.

C'est au niveau de l'information du patient que l'artiste thérapeute et informateur est évalué. Chercher à savoir si le comédien est capable de donner l'information avec pédagogie et une méthode artistique appropriée à l'état de santé du patient. Autrement, comment renseigner le malade sur des informations le concernant et comment protéger ce dernier s'il n'y a pas des mesures de jugement du niveau de son informateur et de sa compétence ? Le malade ou tout participant aux ateliers théâtre à l'hôpital a besoin de savoir ou de comprendre certains signes cliniques – des décisions médicales et de déviations biologiques à travers les actions théâtrales. Mais c'est aussi une aubaine pour le praticien de théâtre de tester les qualités de son enseignement. L'instrument d'information s'inscrit dans un dialogue formé à 80 % de questions. Le patient se trouve dans un cercle de plusieurs questions à but informatif et il faut être sûr qu'il a bien saisi l'information donnée. Un exemple typique est celui de l'appréciation d'un patient asthmatique face à son artiste thérapeute. Les questions sont les suivantes :

- Avez-vous plus d'informations ou que savez-vous de votre affection ?
- Avez-vous sur vous tous les médicaments à inhaler ?

³⁶⁹ Code de Déontologie médicale, *op. cit.*

³⁷⁰ C. Cass, Ch. Civ 1, du 9 octobre 2001, n° 00-14.564, *op. cit.*

- Êtes-vous capable de les citer sans consulter la prescription du médecin ?
- Pouvez-vous me montrer comment les utiliser devant moi à l'instant ?
- Pourriez-vous les classer en deux cas entre ceux du traitement de fond et ceux à utiliser en cas d'urgence ?
- À quel moment sentez-vous que votre asthme s'aggrave de plus en plus ?
- Pouvez-vous évaluer de 1 à 5 le niveau de votre gêne respiratoire ?
- Avez-vous des signes qui vous amènent à prévoir l'arrivée d'une crise d'asthme ?
- Dans quel cas vous rendez-vous compte qu'il s'agit d'une crise grave ?
- Quel niveau de 1 à 5 vous oblige à faire appel à votre médecin ?

Le praticien théâtral peut aussi se poser des questions sur l'organisation et la manière de véhiculer son information. Par exemple chercher à savoir si le défaut d'apprentissage vient du patient ou de ses méthodes ? Est-ce que l'enseignement a atteint son but ? Ou de savoir si les instruments étaient appropriés à la technique artistique ?

Il doit informer le patient des mesures à prendre lorsque le cas devient très compliqué. C'est l'ensemble de ces questions qui permet au malade ou aux participants de devenir actifs et d'avoir un rôle dans la prise en charge de leurs soins. À défaut de bien l'informer, le patient risque largement d'avoir un comportement très dangereux, dû probablement à ces lacunes d'informations. C'est la raison pour laquelle la présence d'un médecin dans les démarches théâtrales peut s'avérer utile pour comprendre davantage le mode illustratif de la maladie. C'est avec une base d'informations en mode personnalisé et approprié au malade que le plus de résultats seront obtenus.

Dans un autre cas comme celui du sida, l'émergence de l'art théâtral en termes de techniques thérapeutiques a radicalement modifié non seulement la psychologie des malades séropositifs, mais aussi leur présence dans le processus de soins. Par exemple, la peur de mourir qui frappait les malades au début de la connaissance de la maladie est actuellement remplacée par la peur de vivre. C'est donc au comédien d'informer les malades tant à se réorganiser, à réapprendre à vivre qu'à se réinsérer dans le milieu professionnel habituel. Ce qui est difficile pour les médecins est plus facile pour les artistes de théâtre, à savoir donner l'information suffisante à l'aide des actions théâtrales : la parole, le geste et le silence. Il est difficile d'informer et d'éduquer une personne dont le niveau socioculturel est différent du sien, mais les hommes du théâtre ont cette facilité. Ici, l'information du patient comprend non seulement ce qu'il doit savoir sur son état de santé, mais aussi sur ses droits à l'hôpital.

b) L'information de l'entourage du patient

La notion d'information ne s'arrête pas au patient et aux usagers, elle est élargie jusqu'au niveau de son entourage, de sa famille et de ses proches. Le praticien artistique doit informer et accompagner le malade et veiller à ce que son entourage soit au courant de tout ce que le patient reçoit et le soutien apporté. Dans ce cadre, l'artiste thérapeutique suit les principes envisagés dans l'article 37-4 du Code de déontologie médicale qui affirme que : « *Le médecin accompagne la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à*

l'article R. 4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire. »³⁷¹

Il doit mettre en garde la famille du patient et l'informer de toute démarche à engager en cas de situation critique de leur proche, ainsi que de chaque étape envisagée pour le soin du malade. Ce praticien est tenu de faire le tri des informations communicables et celles non communicables. Il doit aussi tenir compte du consentement du patient dans l'ensemble des données et trier celles qui ne sont pas communicables à la famille. C'est par l'information donnée à ses proches et à sa famille que son encadrement devient très intéressant. Ils assureront peu à peu sa réinsertion sociale tout en suivant les exigences établies par le corps médical. Ils auront à répondre aux questions de leurs proches en cas de nécessité.

2) La volonté du patient

Le Code de déontologie des art-thérapeutes précise clairement en son article 5 alinéa 4 que : *« Conscient de l'importance de la demande, l'art-thérapeute s'assure, malgré la prescription médicale, du consentement sans réserve du patient à entreprendre une démarche de soin en art-thérapie avec lui.*

En cas de refus ou de réticences évidentes, l'indication doit être rediscutée entre médecin-prescripteur, patient et art-thérapeute.

Aucune séance d'art-thérapie ne peut être pratiquée sans le consentement libre et éclairé d'un patient et ce consentement peut être retiré à tout moment. Il s'assure de la même façon du consentement de ceux qui participent à une évaluation, une recherche ou une expertise.

Il respecte le choix de toute personne qui veut engager un travail art-thérapeutique et ne peut en aucun cas entraver le choix de consulter un autre professionnel de la santé. L'art-thérapeute les informe des modalités, des objectifs et des limites de son intervention. »³⁷²

Une fois le patient informé de toutes les démarches médicales envisagées par le médecin et leurs conséquences possibles, la voie est ouverte vers le recueil du consentement éclairé du patient. Cette volonté manifestée par ce dernier crédibilise les examens médicaux signifiés pour une partie ou l'ensemble de ses soins.

Cette même procédure n'échappe pas à tout professionnel artistique exerçant pour les soins du malade. Le comédien, après avoir donné le maximum d'informations au patient, doit procéder au recueil du consentement éclairé qui est l'une des phases nécessaires de l'éthique médicale expérimentale. Cet acte de manifester sa volonté dans les examens médicaux est aussi indispensable dans toutes activités théâtrales, même si ceci est moins recherché par les professionnels du théâtre. Le point 2.1.3 du Code de déontologie des art-thérapeutes édicte que : *« Avant tout engagement, l'art-thérapeute s'assure qu'il n'est pas dans une situation de conflit d'intérêts par rapport au patient (tels que notamment une relation familiale ou d'amitié, échange commercial autre que la rétribution des prestations, double posture du praticien, rapport politique ou professionnel). »³⁷³*

³⁷¹ Code de déontologie médicale, *op. cit.*

³⁷² FFAT, « Code de déontologie des art-thérapeutes », *op. cit.*

³⁷³ *Ibid.*

En pratique, pourquoi les médecins, même en collaboration avec l'artiste, n'informent-ils pas le patient sur le pourquoi et l'utilité de l'action théâtrale dans le processus de ses soins ? Pourquoi la phase du recueil du consentement du patient dans l'activité artistique et théâtrale reste-t-elle peu appliquée ? Le patient a le droit de prendre librement des décisions le concernant et plus particulièrement sur sa santé. Le patient ou tout participant de l'atelier théâtre doit être mis au courant de chaque méthode diagnostique ou thérapeutique envisagée. Il a droit à l'information même jusqu'au petit détail pour pouvoir bien manifester sa volonté. Une bonne communication avec des informations claires entre le patient et son artiste manifeste le consentement du patient et lui donne l'envie de découvrir l'art théâtral. Le professionnel artistique doit expliquer dans un langage très simple tous les diagnostics et les pronostics de la maladie dont souffre son patient et la nature de l'action théâtrale engagée. Pour que la volonté du malade soit éclairée, le comédien doit, dans sa technique d'art, confirmer ou corriger certains renseignements obtenus ailleurs par d'autres moyens et s'assurer que les malades et les participants des ateliers théâtre comprennent les choix de chaque traitement envisagé et surtout leurs avantages et leurs inconvénients. Le comédien a à répondre à leurs éventuelles interrogations à travers le jeu théâtral et à comprendre chaque décision du patient, peu importe sa motivation. Or, l'important est de chercher à connaître les raisons qui le motivent. Le principe est de savoir que la motivation ou la manifestation du consentement peut être explicite ou implicite. Il doit donc avoir en tête que le patient peut donner son consentement par la voie orale ou par l'écrit, c'est la phase explicite. La phase implicite est que le patient exprime la volonté de participer dans le jeu et se soumettre à une méthode artistique et dramatique à vocation thérapeutique. Par exemple concernant les enfants ou les jeunes qui ont peur des piqûres intraveineuses, ils sont supposés donner leur consentement par le fait de présenter leur bras au professionnel médical en charge de l'injection.

Il y a des cas où le patient cède intentionnellement sa faculté de décision à l'artiste, par exemple : « *Faites ce que vous estimez être pour le mieux* » ou à un tiers assistant ou participant à l'atelier. Dans ce cas, le patient doit être informé de tous renseignements nécessaires sur l'acte envisagé et inciter le patient à prendre sa décision par lui-même au lieu de le faire à sa place. Le principe ici est de tenir compte de l'état physique, psychologique et émotionnel du patient avant toute décision. Le point 2.1.4 du Code de déontologie des art-thérapeutes formule que : « *Dès lors que l'art-thérapeute est lié par un accord thérapeutique oral ou écrit avec un patient, il s'engage à lui donner les meilleurs soins.* »³⁷⁴ Il y a un élément important à retenir ici sur le point 2.1.7 du Code de déontologie des art-thérapeutes qui précise que : « *Dès lors qu'il y a accord thérapeutique, l'art-thérapeute est tenu de s'engager dans un soin.* »³⁷⁵

a) Le consentement du patient étranger dans le processus thérapeutique

Pour les patients étrangers, l'information doit être véhiculée dans leur propre langue ou au moins dans une langue qu'ils maîtrisent ou qu'ils comprennent facilement. Pour les étrangers, la nécessité d'exprimer explicitement leur consentement s'impose. Cela assure à

³⁷⁴ *Ibid.*

³⁷⁵ *Ibid.*

l'artiste que le ou les patients ont compris la valeur de ses actions. Le silence du patient ne doit ni faciliter l'action culturelle ni être retenu comme une manifestation de volonté. Le malade, après avoir été bien informé a, ou plutôt doit avoir, la faculté d'accepter ou de refuser l'action théâtrale qui lui est proposée. Dans cette démarche, l'objectif est de respecter la liberté du patient jusqu'au niveau de ses principes convergents. Il peut avoir des convictions religieuses, sociales, politiques et professionnelles qui diffèrent de celles du praticien théâtral. Dans ce cas, une pédagogie particulière est nécessaire pour les malades étrangers afin de répondre à des critères bien définis dans le but de coopérer et d'accompagner leurs consentements libres et éclairés. Toutefois, il est révoquant à tout moment comme dans les actes médicaux.

L'artiste ne doit pas accepter le refus d'un patient étranger sans qu'il soit sûr de l'avoir bien informé dans sa langue ou dans toute autre qu'il maîtrise bien. Il doit lui signifier les risques qu'il prend et tenter à son tour de le convaincre du bien-fondé de sa décision à l'aide d'un exercice de jeu de rôle avec des argumentations bien appropriées. Tout se passera dans la parole, le silence et le geste, les trois temps des exercices dramatiques comme il sera précisé plus loin.

b) Le consentement du patient malentendant dans le théâtre

Quand la notion d'accessibilité est évoquée, cela ne fait pas allusion à l'image d'une personne sourde qui vient directement en tête, mais plutôt à celle d'une personne en fauteuil roulant, en raison de l'invisibilité de la surdité. Pourquoi les personnes entendantes et l'autorité étatique se posent-elles très rarement la problématique de l'accessibilité pour les personnes sourdes ? Existe-t-il un moyen de communication et d'information facilitant le recueil du consentement du patient qui a des difficultés auditives ? La procédure de manifestation de sa volonté peut passer par la forme écrite ou par la langue des signes. Cette dernière constitue en soi un exercice théâtral puisque c'est à travers le gestuel que sa volonté se dévoile.

L'utilité de l'exercice est de soustraire par tout moyen le consentement éclairé du patient malentendant. En règle générale, l'artiste doit faire en sorte que le patient prenne part aux discussions concernant sa santé et à la décision de ses examens médicaux. Ici, la démarche est très sensible puisque le patient présente des difficultés auditives et sa communication reste très compliquée.

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne interdit toute discrimination fondée sur le handicap en son article 21 alinéa 1 qui dispose que : « 1. Est interdite, toute discrimination fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, les origines ethniques ou sociales, les caractéristiques génétiques, la langue, la religion ou les convictions, les opinions politiques ou toute autre opinion, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle »³⁷⁶.

Il est remarquable que la difficulté principale que rencontre la personne sourde dans l'activité de soins est l'accessibilité à l'information sanitaire. Par conséquent l'artiste fait appel à des stratégies d'adéquation indispensables pour assurer tant l'information et

³⁷⁶ La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 18.12.2000, *Journal officiel des Communautés européennes*, 2000/C 364/01.

l'éducation que la communication. Pour éviter toute forme de discrimination aux ateliers théâtre santé, les artistes dramatiques font appel à la langue : les langues parlées ou la langue des signes reposent sur le gestuel.

Dans le monde de la médecine expérimentale, le droit du patient commence par l'obligation de la communication et de l'information et se termine enfin par l'éducation et par la prise en charge. La personne présentant une difficulté auditive ne bénéficie pas de la majorité des actions engagées pour des fins thérapeutiques, elle est donc, souvent, exclue du principe d'accès et cette carence se répercute sur son intégration dans la vie sociale et professionnelle. Par conséquent, son implication passe par la voie ou l'accès à la culture. À retenir que chaque surdité diffère de l'autre en raison du degré de déficience auditive.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées précise encore une fois dans son article 30 que : « 1. *Les États parties reconnaissent le droit des personnes handicapées de participer à la vie culturelle, sur la base de l'égalité avec les autres, et prennent toutes mesures appropriées pour faire en sorte qu'elles :*

a) aient accès aux produits culturels dans des formats accessibles ;

b) aient accès aux émissions de télévision, aux films, aux pièces de théâtre et autres activités culturelles dans des formats accessibles ;

c) aient accès aux lieux d'activités culturelles tels que les théâtres, les musées, les cinémas, les bibliothèques et les services touristiques, et, dans la mesure du possible, aux monuments et sites importants pour la culture nationale.

2. Les États parties prennent des mesures appropriées pour donner aux personnes handicapées la possibilité de développer et de réaliser leur potentiel créatif, artistique et intellectuel, non seulement dans leur propre intérêt, mais aussi pour l'enrichissement de la société.

3. Les États parties prennent toutes mesures appropriées, conformément au droit international, pour faire en sorte que les lois protégeant les droits de propriété intellectuelle ne constituent pas un obstacle déraisonnable ou discriminatoire à l'accès des personnes handicapées aux produits culturels. »³⁷⁷

Il est donc impératif de respecter les personnes sourdes ou malentendantes puisqu'elles ont des droits à l'accès au soin comme tout le monde, mais aussi le droit au soutien de leur identité culturelle, sociale et linguistique très spécifique tels que la langue des signes et la culture des sourds.

BJ EXISTE-T-IL UN DROIT SPECIFIQUE LIÉ AU THÉÂTRE THÉRAPEUTIQUE POUR LES MINEURS ET POUR LES PATIENTS PLACÉS SOUS TUTELLE ?

Cette interrogation posée au sein de la pratique des ateliers théâtre fait ressortir le principe de haute surveillance demandé sur l'importance, sur la rigueur et sur la vigilance du praticien face à son patient mineur ou au patient majeur placé sous tutelle. En revanche, il n'y a pas d'autres droits particuliers liés aux consentements de ces deux patients que ceux appliqués dans le Code de la santé publique en son article R.4127-42 qui édicte que : « *Sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un*

³⁷⁷ Décret n°2010-356 du 1^{er} avril 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées (ensemble un protocole facultatif), signée à New York le 30 mars 2007, *Journal Officiel de la République Française*, n°0079 du 3 avril 2010, p. 6501.

mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. »³⁷⁸

1) Existe-t-il une vision juridique de cette question ?

La question qui se pose sur le mineur et/ou sur le majeur protégé dans les soins artistiques et théâtraux se pose également dans les soins médicaux généraux. Ce n'est pas seulement la question de l'incapacité liée à l'incompréhension des patients des actes médicaux et artistiques, mais aussi de la prise en compte des consentements des personnes en charge de surveiller leurs soins, soit leurs parents, soit leurs représentants légaux.

À ce sujet, cette recherche permet de poser une question pertinente. Qui le maître du jeu doit-il informer, éduquer et à qui doit-il communiquer les informations de santé ? Bien que la notion principale selon laquelle l'information donnée par le consentement libre et éclairé demande la présence d'un ou des parents ou celle du tuteur, y a-t-il un moyen de nuancer ce droit ? Si, dans la pratique, l'artiste informe et communique les informations de santé aux parents et/ou au responsable légal, l'ensemble du déroulement de la phase d'éducation chez le malade, sans tenir compte de son opinion respectera-t-il la loi ?

Ces interrogations dévoilent la valeur de l'information et du recueil du consentement du mineur auprès de ses parents ou du représentant légal. La question intéresse tous les codes à vocation juridique tels que le Code de la santé publique, le Code civil, le Code pénal, le Code de déontologie médicale, le Code de procédure civile et le Code de déontologie des art-thérapeutes. La même question implique les lois de la bioéthique, la loi Kouchner³⁷⁹ et quelques jurisprudences³⁸⁰.

Un exemple à retenir des argumentations juridiques peuvent se dérouler autour de l'articulation de deux normes très importantes : d'un côté, il y a l'article R.4127-42 du Code de la santé publique (article 36 du Code de déontologie médicale) qui dispose que : « [...], un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires... »³⁸¹

De l'autre, l'article 372-2 du Code civil : « À l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant. »³⁸²

Le Conseil d'État, dans un arrêt du 7 mai 2014³⁸³, donne l'analyse suivante : il décide de faire primer la norme déontologique qui recourt à l'obligation d'informer les parents sur

³⁷⁸ Code de la santé publique, 30^e édition, éd. Dalloz, 2016.

³⁷⁹ La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi Kouchner, *op. cit.*

³⁸⁰ C. cass., 29 mai 1951, D. 1952, note Savatier, et, CE, 7 mai 2014, n°359076.

³⁸¹ Code de la santé publique, 30^e édition, éd. Dalloz, 2016.

³⁸² Code civil français, *op. cit.*

³⁸³ CE, 7 mai 2014, n°359076.

celle imposée par le Code civil, qui demande la présence de deux parents, mais le dispositif peut être allégé en exemptant le consentement de deux parents lorsqu'il s'agit des actes usuels.

Il est encore évident de se poser quelques questions qui peuvent gêner l'artiste profane des procédures juridiques. N'est-il pas dérisoire qu'une disposition de nature réglementaire prime sur une autre à valeur de fondement légal ? Ne constitue-t-il un fardeau pour les artistes de chercher en profondeur à joindre impérativement le second parent lorsque se présente un seul titulaire de l'autorité parentale ? Dans ce cas, jusqu'à quel niveau d'exigence le professionnel artistique peut-il passer outre la recherche du second titulaire de l'autorité parentale ? Est-ce que, dans la réalité, une telle exigence a sa place dans les actions théâtrales ?

Par ailleurs, il est indispensable de s'interroger au sujet des établissements publics de soins où les artistes ont une lourde responsabilité lorsque le consentement du patient n'a pas été assez éclairé sur le risque encouru : le Conseil d'État du 9 avril 1993³⁸⁴, par l'arrêt Bianchi³⁸⁵ et la loi Huriet³⁸⁶, a établi une protection indispensable à toute personne se prêtant à des études de recherche médicale, avec un devoir d'information écrite de ces patients. Cela exige la nécessité de recueillir leur consentement d'une manière écrite pour couvrir les risques liés à cette recherche.

a) Le consentement du patient mineur dans l'art-thérapie

Ici, les obligations du comédien thérapeute consistent à fournir aux parents ou aux tuteurs toutes les informations relatives à l'évolution des soins pour le compte du patient mineur. Le Code de déontologie d'art-thérapeute impose en son article 10 que : « *L'art-thérapeute pourra transmettre des synthèses et des bilans thérapeutiques à l'autorité médicale compétente. L'art-thérapeute doit en informer le patient et expliquer, si nécessaire, le contenu des documents transmis. Si le patient est un mineur ou un patient protégé, l'art-thérapeute a les mêmes devoirs envers son représentant légal.* »³⁸⁷

L'obligation d'information s'élargit lorsque le mineur risque d'être exposé à un danger. Selon le point 1.1.6 du Code de déontologie des art-thérapeutes, le maître du jeu « *...doit se rapprocher des autorités compétentes lorsqu'il a connaissance de l'existence d'un danger et/ou de sa vulnérabilité sur une personne mineure ou si celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son intégrité physique et/ou psychique.* »³⁸⁸

Sauf cas exceptionnel apprécié par l'acteur thérapeute, ce dernier, avant de débiter ses ateliers, doit rechercher le consentement d'un ou des parents – ce qui n'est pas clair puisqu'il y a un conflit de textes – ou du représentant légal. Il doit s'assurer que le consentement est réellement libre de toute contrainte ou de toute autre influence, même s'il utilise la persuasion.

³⁸⁴ Conseil d'État, du 9 avril 1993, n° 69336, publié au recueil Lebon.

³⁸⁵ *Ibid.* : « *Lorsqu'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade présente un risque dont l'existence est connue, mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé, la responsabilité du service public hospitalier est engagée si l'exécution de cet acte est la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état, et présentant un caractère d'extrême gravité.* »

³⁸⁶ La loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 dite Huriet relative à la protection des personnes qui se prêtent à recherches biomédicales, *Journal Officiel de la République Française*, du 22 décembre 1988 p. 16032.

³⁸⁷ AFRATAPEM, Code de déontologie d'art-thérapeute, loi 1901, créée en 1976.

³⁸⁸ FFAT, « *Code de déontologie des art-thérapeutes* », *op. cit.*

Que doit-il faire lorsque le mineur est intéressé par la participation à un atelier ou attiré par le jeu dramatique et que le tuteur n'y a pas consenti ? Peut-il prendre en considération l'avis du mineur ?

Il y a des courants médicaux qui considèrent que la majorité médicale se situe vers l'âge de 15 ans. Néanmoins, lorsque l'enfant ou le malade mineur est en mesure de gérer ou d'avoir une certaine autonomie personnelle ou lorsqu'il a une capacité de discernement recevable, il doit être interrogé sur sa motivation et il doit donner son consentement pour des actes médicaux légers. Afin de dédramatiser la situation, ces dispositions peuvent-elles être appliquées dans la démarche du « *Programme Culture à l'Hôpital* »³⁸⁹ ?

L'acteur doit respecter l'intimité et la dignité du patient mineur ainsi que sa liberté tout au long du processus de soins. Il doit garantir le respect de la confidentialité à l'ensemble de toutes les informations personnelles, sociales et médicales.

b) Le consentement du patient placé sous tutelle

Pour qu'un acte dramatique soit considéré comme valable, il faut que les participants aux ateliers théâtraux aient une capacité de discernement. Or, l'atteinte des facultés mentales rend en principe le patient incapable de discernement. Le malade mental ne peut pourvoir tout seul à ses intérêts et/ou apporter lui-même son consentement tant pour ses traitements que pour les processus de soins thérapeutiques. D'où le besoin d'une protection légale et de sauvegarde de justice. Cela permet de l'assister d'une façon permanente et continue dans la gestion et la protection de ses biens. Pour les malades aliénés souffrant de troubles mentaux plus profonds, les consentements doivent être recueillis auprès de la personne en charge de soins. Toutefois, si le malade est capable de donner un avis, le praticien artistique doit le prendre en compte dans la mesure du possible.

Le Code de déontologie des art-thérapeutes, en son article 12, dispose que : « *L'art-thérapeute peut recevoir, à leur demande, des mineurs ou des majeurs protégés par la loi. Son intervention auprès d'eux tient compte de leur statut, de leur situation et des dispositions légales en vigueur.*

Lorsque la consultation pour des mineurs ou des majeurs protégés par la loi est demandée par un tiers, l'art-thérapeute requiert leur consentement éclairé, ainsi que celui des détenteurs de l'autorité parentale ou de la tutelle.

Un suivi ne pouvant se faire qu'avec le consentement éclairé du patient, l'accord des parents et/ou du tuteur légal doit être obtenu lorsqu'il est question de mineurs ou de handicapés mentaux.

Si l'art-thérapie est appliquée dans un établissement hospitalier ou une autre institution, l'accord écrit des responsables doit être absolument obtenu. »³⁹⁰

L'article 459 du Code civil pose le principe selon lequel le patient majeur protégé peut lui-même prendre des décisions touchant à sa personne. Il précise que : « *Hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.*

³⁸⁹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

³⁹⁰ LPAT, « *Code de déontologie de l'Art-Thérapeute* », *op. cit.*

Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué, peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant, après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.

Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.

La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué. »³⁹¹

Les actions théâtrales peuvent s'inspirer de cet article pour élaborer différentes méthodes de recueil de consentement. Cet article ordonne un minimum de démarches facilitant ce consentement du patient placé sous la tutelle par la personne en charge de cette protection. Toutefois, l'alinéa 2 du même article permet au juge des tutelles d'ajuster l'exigence du consentement à l'état de santé du patient. Entre temps, si le patient protégé n'est pas en mesure de prendre seul sa décision bien éclairée, le juge a le droit d'ouvrir d'autres mesures de protection en fonction de l'évolution de son état de santé. Il est donc indispensable de coopérer avec la personne en charge de cette protection pour la représenter dans l'ensemble des actes la concernant. Or, cette protection d'assistance connaît encore des limites que le juge peut prévoir en fonction de l'état mental de la personne. L'alinéa 3 de la même disposition couvre certains actes concernant la santé du patient tels que des interventions chirurgicales ou celles impliquant une ingérence de la vie affective du malade protégé.

Le Code de déontologie des psychologues reprend les mêmes principes en son article 11 édictant que : « *L'évaluation, l'observation ou le suivi au long cours auprès de mineurs ou de majeurs protégés proposés par le psychologue requièrent outre le consentement éclairé de la personne, ou au moins son assentiment, le consentement des détenteurs de l'autorité parentale ou des représentants légaux. »³⁹²*

En cas de défaut de conscience ou de manque de discernement du patient, le même Code dispose en son article 12 que : « *Lorsque l'intervention se déroule dans un cadre de contrainte ou lorsque les capacités de discernement de la personne sont altérées, le psychologue s'efforce de réunir les conditions d'une relation respectueuse de la dimension psychique du sujet. »³⁹³*

L'article 12 du Code de déontologie de l'art-thérapeute impose que : « *L'art-thérapeute doit à la personne qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur les soins. Si le patient est un mineur ou un patient protégé, l'art-thérapeute a les mêmes devoirs envers son représentant légal. »³⁹⁴*

³⁹¹ Code civil français, *op. cit.*

³⁹² Code de déontologie des psychologues, mars 1996, Actualisation février 2012.

³⁹³ *Ibid.*

³⁹⁴ AFRATAPEM, « Code de déontologie d'art-thérapeute », *op. cit.*

Par une analyse claire de toutes ces dispositions, le malade ayant un état mental critique ou un état de discernement altéré, le comédien thérapeute doit avoir recours à son représentant légal pour obtenir le consentement présumé du malade. Raison pour laquelle tous les codes reprennent les mêmes dispositifs dans une autre forme de langage. Le comédien doit utiliser l'ensemble de ces normes pour renforcer son exercice au sein des établissements de santé. Poser des questions, rechercher des informations et recueillir des données auprès des proches parents, voire des amis ou des alliés, donne de meilleures garanties d'affections au patient et mérite d'être entendus par l'artiste en charge de l'atelier.

Que se passe-t-il lorsque le patient participant à une assise théâtrale qui a une capacité de discernement très altérée, n'est pas représenté légalement par une personne habilitée ? Dans ce cas, une autorité de fait s'exerce automatiquement sur l'inconscient, avec la participation des proches tels que les parents, ensuite le conjoint et enfin les descendants (ayants droit) et les frères et sœurs. Par conséquent, c'est l'artiste qui détient le pouvoir d'appréciation en toute conscience sur la personne habilitée à choisir en priorisant les membres de la famille. À défaut donc de protecteur, ceci pourrait amener l'artiste à agir directement en âme et conscience comme dans d'autres cas d'urgence.

La notion d'urgence reste ici très problématique. Existe-t-il chez le patient un cas urgent pour participer aux ateliers théâtre ?

Durant les quatre années de cette recherche, le cas ne s'est jamais présenté dans un hôpital. Mais si cela est possible, l'artiste peut-il prendre une décision ou agir de sa propre initiative comme il est admis, pour les médecins, par le droit français ?

En effet, aucune responsabilité ne devrait être retenue à l'égard du comédien en matière d'urgence. À l'inverse, il peut être poursuivi pour non-assistance à une personne en danger comme il est précisé chez le médecin. Le seul cas qui peut être pris comme urgent dans la démarche théâtrale est le moment où le patient est considéré, selon son état de santé, incapable de donner son consentement libre et éclairé à l'acte théâtral.

2) Les sanctions pour défaut de consentement

Les différents codes de déontologie des art-thérapeutes ne prévoient aucune mesure de sanctions pénales ou civiles en cas de non-respect des normes déontologiques. Le préambule du Code de déontologie des art-thérapeutes précise d'une manière claire que : « *Les institutions et/ou organisations professionnelles signataires du présent Code s'emploient à le faire connaître et respecter. Elles apportent, dans cette perspective, soutien et assistance à leurs membres.*

L'adhésion des art-thérapeutes à ces organisations implique leur engagement à respecter les dispositions du Code.

Qu'il soit sous le couvert d'une organisation et/ou d'une institution et/ou qu'il exerce en libéral, l'art-thérapeute, en adhérant à ce Code de déontologie, s'engage à le respecter. »³⁹⁵

Le même code précise et renvoie le respect de ses règles dans les limites et les obligations imposées par le Code de la santé publique. Cela signifie que le praticien est

³⁹⁵ LPAT, « Code de déontologie de l'Art-Thérapeute », *op. cit.*

contraint par les dispositions du Code de la santé publique et susceptible d'être pénalisé en cas de non-respect de ces règles. Le point 1 alinéa 1 du respect des droits de la personne mentionné sur les principes généraux affirme que : « *Du fait de sa qualification, l'art-thérapeute participe à la prévention et aux soins dans les conditions maximales de sécurité que ce Code de déontologie précise et précisera à mesure de son évolution. Il s'engage à respecter les limites et obligations que lui impose le Code de la Santé publique.* »³⁹⁶

Les seules sanctions prévues explicitement dans la plupart des codes de déontologie des art-thérapeutes sont les répressions disciplinaires. La référence est dans le dispositif de l'Éthique et Code de Déontologie de l'Association Art des Corps dans l'axe VII. Application du Code de déontologie qui énonce que : « *5) Sanctions possibles en cas de manquement au Code de déontologie de l'Association Art des Corps :*

- *avertissement ;*
- *blâme ;*
- *exclusion temporaire ou définitive de l'art-thérapeute par le conseil d'administration avec l'obligation d'entendre l'art-thérapeute et ses défenseurs éventuels.* »³⁹⁷

L'artiste thérapeute est soumis aux mêmes sanctions que le professionnel médical qui ne requiert pas le consentement libre et éclairé du malade, de son représentant légal et/ou de ses parents. Il en est de même en cas de non-respect d'un refus bien exprimé par le malade. Les sanctions peuvent être de types pénaux, civils et disciplinaires.

Il faut respecter ces deux principes : informer le malade et de lui donner des soins consciencieux et attentifs et obtenir le consentement du patient pour une relation de soins art-thérapeutiques. En cas de non-respect de ces normes, il restera à chercher et à savoir s'il s'agit d'une question de coups et blessures graves ou d'un homicide en cas de dommages indemnifiables causés par le praticien thérapeutique, ce qui suppose la présence d'une violation de ces deux devoirs. D'où l'application des dispositions du Code pénal et de celles du Code civil. La question de la charge de la preuve reviendra en discussion, mais elle est déjà traitée dans les parties précédentes. La question des sanctions apparaît avec un intérêt particulier dans cette étude, mais il serait beaucoup plus judicieux de la mettre en veilleuse pour donner une marge à d'autres recherches doctorales.

a) La confidentialité entre artiste et patient

La confidentialité est le noyau des exercices, non seulement du côté médical, mais aussi du côté artistique. Le comédien gagne la confiance des patients et des participants à travers la valeur et l'importance du jeu dramatique. Le patient a en tête l'image de partage entre amis, entre proches ou entre lui et une personne de confiance. Il peut s'agir d'un moment ou d'un autre, de partages entre participants du temps des ateliers. Ils se trouvent tous dans un environnement autre que celui du médecin et la peur de fournir des informations est moins considérable. Le Code de déontologie médicale précise dans son article 4 repris dans le

³⁹⁶ *Ibid.*

³⁹⁷ Éthique & Code de Déontologie de l'AAC, Praticien en art-thérapie spécialisation danse & médiations créatrices, Association Art des Corps, *op. cit.*

Code de la santé publique en article R.4127-4 que : « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.*

*Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »*³⁹⁸

Il y a d'autres mesures mises en place par le Code de déontologie de l'art-thérapeute qui mettent en relief la vie de l'être humain et sa dignité. Il y a une philosophie artistique qui lie, dans la démarche culturelle à l'hôpital, les artistes et les patients, retrouvée dans les articles 1, 2, 3 et 14 dudit Code. Ses articles précisent clairement que : « *L'art-thérapeute au service de l'individu et de la santé publique exerce sa profession dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.* »³⁹⁹ Lorsqu'il se trouve en face de ses participants avec ou sans la présence des professionnels médicaux, il « *doit en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de l'art-thérapie.* »⁴⁰⁰

Ce même dispositif renvoie le respect de confidentialité par son article 3 dans l'arsenal des dispositifs de la loi. Il affirme que « *le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose aux art-thérapeutes dans les conditions établies par la loi.*

*Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de l'art-thérapeute dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce que l'art-thérapeute a vu, entendu ou compris. »*⁴⁰¹

L'article 14 du présent Code envisage une mesure d'exception à la révélation d'informations à différentes autorités. Il énonce que : « *Sauf circonstances particulières, une alerte peut être envisagée auprès des autorités médicales, administratives ou judiciaires soumises au secret professionnel.*

*L'art-thérapeute ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients. »*⁴⁰²

Dans la tradition théâtrale d'art-thérapie, le secret professionnel reste un des piliers et l'un des éléments fondamentaux de l'exercice dramatique renforcé par le secret médical dans les ateliers théâtre et santé. En effet, la règle est que le praticien dramatique à l'hôpital n'a pas le droit de révéler de ce qu'il a connu ou même compris sur son malade lors des assises théâtre. La leçon est de faire comprendre aux participants qu'il n'y a pas de théâtre sans confidences, dans le jeu de rôle, il n'y a pas de confidences sans confiance et enfin dans le dialogue, il n'y a pas de confiance sans secret. Cette démarche constitue la charpente professionnelle de l'art dramatique en général et plus particulièrement à l'hôpital.

Quant à la notion du secret professionnel dans l'acte dramatique, elle sous-entend deux termes différents et obligatoires. Celle-ci évoque à la fois l'intérêt privé envers le malade et l'intérêt public envers une nécessité générale.

Le premier intérêt impose à l'artiste de garantir le secret au patient ou à toute personne participant au jeu dramatique qui se confie à lui. De plus, il doit les assurer qu'il n'y aura point de trahison. Savoir trier les informations et transmettre à l'équipe médicale celles qui

³⁹⁸ Code de déontologie médicale, édition avril 2017

³⁹⁹ AFRATAPEM, « *Code de déontologie d'art-thérapeute* », *op. cit.*

⁴⁰⁰ *Ibid.*, Article 2

⁴⁰¹ *Ibid.*, Article 3

⁴⁰² *Ibid.*, Article 14

sont utiles aux actes médicaux ainsi qu'au suivi de soins. La nature de l'information fait l'objet d'obligations et ne peut porter atteinte non seulement à la réputation, mais aussi à l'intimité de la personne qui s'est confiée à lui. À titre de rappel, le droit au respect à l'intimité est imposé par le Code de la santé publique dans son article R.4312-2 qui dispose que : « *L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.* »⁴⁰³

Le deuxième intérêt veut que chacun puisse être correctement traité ou soigné en ayant la garantie que ses informations ne sortiront pas de l'équipe médicale sauf en cas de nécessité. Les activités théâtrales deviennent sensibles à l'hôpital puisque sa valeur culturelle invite des personnes en situation sociale irrégulière ou même marginale à bénéficier des soins sans avoir des inquiétudes ou la peur d'être trahies ou dénoncées par le praticien en charge de soins art-thérapeutiques. Les immigrés peuvent participer avec confiance aux ateliers théâtre pour bénéficier des soins avec une facilité d'échange entre lui et son praticien.

Le même engagement au secret professionnel est repris dans l'Éthique et Code de Déontologie de l'Association Art des Corps dans les obligations générales, point 6, qui dispose que : « *L'art-thérapeute, comme tout praticien du soin et de l'accompagnement, est soumis au secret professionnel dans les conditions définies par la loi. Le secret professionnel :*

Le secret professionnel réside dans l'obligation de ne pas révéler à des tiers des informations d'ordre médical ou privé concernant la personne soignée. Cette obligation trouve son origine dans le serment d'Hippocrate.

"Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés."

Le respect du secret professionnel est une obligation à la fois morale et juridique permettant de maintenir la relation de confiance instaurée entre le soignant et le soigné.

Il s'impose à tout professionnel de la santé dans les conditions établies par la loi. L'article 26-13 du Code pénal ; "la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état, ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende."

L'article 226-14 du Code pénal décrit des situations dans lesquelles sont les secrets professionnels qui peuvent être levés. L'article L.1110-4 du Code de santé publique inséré par la loi du 4 mars 2002 érige le secret au rang de droit de la personne et affirme la légalité du secret partagé entre professionnels de santé. »⁴⁰⁴

Il est important de savoir que lors de l'exercice, la notion du secret professionnel n'est pas opposable au patient ou à toute personne participante. Toutefois, l'artiste doit l'informer sur l'ensemble des éléments de son état de santé et sur les actes dramatiques envisagés. Si par conséquent l'artiste égare certaines informations concernant le malade, il doit avoir un motif relatif à la protection du patient comme le fait de le protéger face à une révélation traumatisante et non pas dans le sens du secret professionnel.

La notion du secret professionnel ne se limite pas seulement à l'ensemble des informations recueillies auprès du malade, elle concerne également toutes les données recueillies dans le dossier médical du patient.

⁴⁰³ Code de la santé publique, 30^e édition, éd. Dalloz, 2016.

⁴⁰⁴ I. Obligations générales : Éthique & Code de Déontologie de l'Association Art des Corps.

b) Qui peut conserver les informations du patient ?

Tout d'abord, parler de conservation des informations sous-entend « le Dossier Médical du Patient », et par conséquent, la mise en place du développement et de la sécurisation des documents médicaux. Le praticien artistique étant l'un des participants aux soins des malades, il doit en principe établir un dossier artistique de son patient. Ce bloc d'informations doit être ouvert et accessible au patient et à tout moment. L'artiste peut garder en sa disposition ses notes prises aux ateliers qui n'ont pas à contribuer dans l'évolution de l'état de santé du malade ; le reste, il doit le communiquer au médecin traitant pour enrichir le dossier de son patient.

En répondant à cette question, l'artiste, comme tout autre professionnel médical de chaque service de l'hôpital qui intervient dans les soins du malade, doit fournir les données à intégrer dans l'ensemble du dossier du patient. Le praticien théâtral ne peut pas constituer un dossier du patient séparément à celui du médecin traitant. En suivant les normes de la loi du 4 mars 2002⁴⁰⁵ et le Décret du 29 avril 2002⁴⁰⁶, le patient a le droit d'accéder à l'ensemble des données formulées dans son dossier médical. Ce droit d'accès est prévu par l'article L.1111-7 du Code de la santé publique qui dispose en son alinéa 1 que : « *Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par des professionnels et établissements de santé qui sont formalisés et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, [...].* »⁴⁰⁷

Le principe est que le dossier médical est conservé sous la responsabilité du directeur de l'établissement, mais ce pouvoir est délégué au médecin traitant selon l'article 45 du Code de déontologie médicale (article R.4127-45 du Code de la santé publique) prévoit que : « *Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.*

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

À la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

*Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant. »*⁴⁰⁸

Le dossier doit contenir les éléments actualisés concernant les décisions diagnostiques, les actions théâtrales, les heures d'exercices thérapeutiques et les soins dispensés. Ces fiches, notes ou dossiers doivent être conservés dans des conditions assurant leur confidentialité et sont accessibles au malade lors qu'il en fait la demande. Sur la base de la conservation, il y a la notion de la durée de la conservation. Les bases de l'élaboration du dossier médical, la conservation et sa durée, la communication et enfin la destruction en établissement de santé, en cabinet médical ou dans la procédure judiciaire et administrative sont clairement

⁴⁰⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *op. cit.*

⁴⁰⁶ Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la santé publique, JORF, n°101 du 30 avril 2002, p. 7790, texte n° 8.

⁴⁰⁷ Code de la santé publique, 30^e édition, éd. Dalloz, 2016.

⁴⁰⁸ Code de déontologie médicale, *op.cit*

développées dans l'ouvrage intitulé : *Le Dossier médical du patient et ses modalités d'accès*⁴⁰⁹.

PARAGRAPHE 2 - POURQUOI INFORMER ET RECUEILLIR LE CONSENTEMENT DU PATIENT ?

A) L'AVANTAGE DE L'INFORMATION ET L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

C'est dans ce domaine qu'intervient le rôle majeur et central de l'artiste dans le dispositif de partage, d'annonce, de communication et de recueil du consentement. Celui-ci consiste à éclairer les activités du comédien et à motiver le patient pour participer activement dans la démarche de ses soins. Toutefois, son rôle dans l'action théâtrale consiste à :

- Écouter le patient ou tout participant

Il doit leur offrir des moments d'échanges, de partage après le choc de l'annonce des informations de santé, d'évoquer avec souplesse le ressenti de l'annonce du diagnostic du médecin et des traitements envisagés et rechercher à savoir s'il a des angoisses vis-à-vis de sa famille ou de son travail.

- Faire comprendre le sens de la conservation des informations

Il doit leur préciser et classer de 1 à 5 le niveau d'information du malade après avoir passé la consultation avec son médecin, analyser et mesurer la capacité de compréhension du patient et celle de son entourage, essayer de réexpliquer d'une autre manière avec des mots plus simples la stratégie et le calendrier des actions culturelles, mais aussi les interventions du médical et lui apporter soutiens et encouragements.

- Orienter le patient, sa famille et ses proches sur la base de partage d'opinions, il doit détecter ses difficultés sociales et psychologiques pour leur proposer d'autres directives sur l'engagement et la prise en charge de la santé du patient et de sa réinsertion professionnelle.

L'ensemble de ces éléments informent davantage sur le fondement de l'information et de l'obtention du consentement, le bénéfice d'éduquer le malade en préopératoire, l'aider à diminuer au maximum l'anxiété préopératoire du patient qui a connaissance de son parcours médical, l'amélioration par le jeu d'acteurs de la gestion de la douleur postopératoire du patient très assuré ou confiant. Il faut enfin le rassurer sur les conséquences de la chirurgie pour réduire ses appréhensions et le préparer à la rééducation postopératoire.

1) Les avantages apportés par l'information de santé

En commençant par un constat : il y a moins de médecins, de soignants et d'artistes thérapeutes au sein des hôpitaux et ils sont moins informés de la procédure de recueil de consentement et surtout cette démarche artistique et culturelle. Les difficultés économiques mondiales en général et particulièrement en France, limitent la formation non seulement dans les filières de santé, mais aussi celles des actions culturelles à l'hôpital. Il est donc impossible ou difficile de maintenir les objectifs de santé.

⁴⁰⁹ Hassani Mzè Hamadi AHAMED YOUSSEF, « *Le Dossier Médical du Patient ses Modalités d'Accès* », *op. cit.*

Dans la pratique artistique, la démarche de recueil de consentement constitue une activité qui demande beaucoup plus de temps, d'écoute, de compassion, mais aussi de disponibilité qui n'est pas toujours compatible avec les emplois du temps de l'hôpital. Il faut établir un emploi du temps bien partagé par le professionnel médical et le praticien artistique tout en tenant compte du temps de repos du malade.

Le Professeur Jean-Pierre Richer explique dans une grande étude sur l'information et l'obtention du consentement réalisée en 2007 que : « *Le malade n'est jamais réellement prêt à recevoir cette "nouvelle" et à s'engager dans un projet chirurgical. Une étude, réalisée en France, sur le consentement en milieu chirurgical a été publiée en 2007. Ainsi 259 patients avaient donné leur consentement à une intervention chirurgicale réglée (en dehors de l'urgence). Ils avaient tous signé un formulaire de consentement avant l'intervention. À la sortie de l'hospitalisation, ces patients remplissaient un questionnaire d'évaluation vis-à-vis des modalités de l'information et du consentement : 93 % se souvenaient avoir signé le formulaire de consentement et parmi ces patients 8 % l'avaient signé sans le lire et seulement 82 % pensaient ce document utile. Par ailleurs, 7 % ne se souvenaient pas d'avoir signé ce formulaire. En définitive, parmi les patients n'ayant pas lu ce formulaire de consentement, 38 % auraient souhaité avoir plus d'information sur l'intervention avant celle-ci, seulement 16 % des patients ayant lu le formulaire auraient souhaité plus d'information en préopératoire. Bien évidemment les moins satisfaits étaient ceux qui avaient présenté des complications.* »⁴¹⁰

L'artiste a peu de temps et le praticien oriente son intervention vers les informations des pathologies, leurs traitements, la partie de prise en charge psychologique du patient et sa réinsertion. La présence d'une manœuvre d'information de santé permet de rassurer le praticien médical en cas de dommage subi lors de l'intervention.

Bien informer le patient aboutit d'une manière positive et active à l'acceptation du consentement bien éclairé du patient. Cela renforce la relation humaine directe et honnête entre praticien et patient.

D'une manière générale, l'obtention du consentement⁴¹¹ détermine la qualité et la valeur de l'information d'une part, d'autre part, la confiance qui s'établit entre l'équipe médicale et le soigné et, enfin, l'épanouissement de ce dernier dans le milieu hospitalier. L'information⁴¹² est la seule voie, sous l'empire du consentement, qui permet au patient d'exposer son corps ou toute sa vie dans une démarche médicale indispensable à sa santé.

a) La méconnaissance et l'inquiétude du patient face à la chirurgie

Le patient qui vient consulter un praticien médical ne lui donne pas dès le départ un consentement sans réserve dans l'ensemble des soins indiqués sur son état de santé, mais en principe, il cherche à obtenir de son professionnel médical des informations très claires et suffisantes pour enfin décider avec lui de la médication la plus adéquate.

Le travail du praticien artistique dans cette information purement médicale est de reprendre par ses moyens et par ses méthodes l'histoire naturelle de la pathologie du malade

⁴¹⁰ Article de Jean-Pierre RICHER, Université de Poitiers, « *Consentement et chirurgie digestive chez un patient majeur (en dehors de la chirurgie plastique)* », publié l'Unité de Chirurgie hépato-bilio-pancréatique au C.H.U. de Poitiers, 2012.

⁴¹¹ *Ibid.*

⁴¹² Circulaire DHOS/SDO n° 2005-101 du 22 février 2005, relative à l'organisation des soins en cancérologie.

et lui expliquer avec sagesse les conséquences néfastes à se soustraire à la démarche thérapeutique ordonnée. Dans ce savoir-faire, la traçabilité de l'ensemble de ces informations données se présente sous forme écrite que le patient est appelé à signer un exemplaire⁴¹³.

Dans le monde actuel, la science médicale devient très organisée dans une couverture consensuelle. Elle fait l'objet d'un contrôle non seulement de qualité, mais aussi des méthodes et des recommandations nationales et internationales. Par exemple, la chirurgie moderne réalise des procédures instrumentales très complexes qui sont parfois effectuées en plusieurs temps et/ou même associées à d'autres méthodes thérapeutiques⁴¹⁴ et qui réclament des informations supplémentaires au patient ou à son entourage.

L'inquiétude du patient s'explique par sa méconnaissance de l'acte chirurgical qui lui est proposé lors de sa première rencontre avec le chirurgien. Il a dans la tête qu'un acte invasif ou une technique de traitement va lui être proposé. La peur se lit dans ses yeux et elle ne quitte pas son corps. Selon plusieurs patients, la chirurgie est synonyme d'un nouveau problème de santé. Elle expose le malade à une inquiétude source de souffrance physique et psychologique avant, pendant et après l'intervention, un risque immédiat pour sa vie privée, des risques de séquelles fonctionnelles, et enfin, une modification éventuelle de son image corporelle et la présence des conséquences familiales, sociales et professionnelles.

Lors de cette rencontre, l'artiste dramatique espère de son côté enlever ou éradiquer la peur et l'inquiétude du patient à travers son savoir-faire et engager ce dernier dans le combat thérapeutique artistique et médical par la voie d'un consentement éclairé à chaque partie de traitement proposé.

b) L'information des usagers du système de santé public ou privé

Dans ce cadre, la démarche théâtrale véhicule une information de santé dans un autre volet de communication vis-à-vis du grand public. Il présente une caractéristique très particulière puisqu'il ne s'agit pas de convaincre, de persuader ou d'éduquer comme dans le domaine de la promotion de la santé. Le responsable de l'atelier dramatique ne met pas sur table un exercice artistique qui parle d'information scientifique complexe ou avec des mots difficiles à comprendre, comme l'information divulguée par les agences publiques de santé. L'important, ici, est de porter à la connaissance des usagers du système de santé public ou privé des données de fait qui peuvent porter à la fois sur leurs droits et sur certains éléments d'offre de soins de santé. Il est évident de dire ou de rattacher l'action théâtrale dans cette partie à « *une préoccupation générale des pouvoirs publics, que celle de la connaissance par les citoyens du droit, de leurs droits. Et il est logique que ceci s'applique particulièrement au champ de la santé, qui est à la fois une préoccupation prioritaire des gens et un domaine de responsabilité publique forte.* »⁴¹⁵

C'est un domaine qui reste ouvert à tout acteur social, culturel et professionnel qui œuvre dans la politique de santé générale. Ce même rapport démontre encore une fois que : « *L'information du patient vise à rendre effectif leur droit à l'accès aux soins. C'est le premier*

⁴¹³ Jean-Pierre RICHER, Université de Poitiers, « *Consentement et chirurgie digestive chez un patient majeur (en dehors de la chirurgie plastique)* », *op. cit.*

⁴¹⁴ *Ibid.*

⁴¹⁵ Rapport présenté par Michel RAYMOND et Pierre-Louis RÉMY, membres de l'Inspection générale des affaires sociales : « *État des lieux et synergie de la communication publique aux usagers en matière de santé et d'offre de soins* », rapport n°2005 035, avril 2005, p. 40.

objectif de l'information sur l'offre de soins et les conditions de leur accès. Elle a aussi pour objectif d'informer les patients sur leurs droits, quand ils sont pris en charge par le système de soins, droits que des textes législatifs sont venus au cours de ces dernières années, renforcer. Naturellement, les pouvoirs publics n'ont pas l'exclusivité sur les droits des patients et l'offre de soins. Les associations, les médias y sont particulièrement actifs. »⁴¹⁶

L'importance ou la place des usagers dans le système de santé a initié la mise en place d'un « *Guide pour les représentants des usagers du système de santé* »⁴¹⁷. Certes, c'est une bonne initiative, mais qui ne s'adresse pas directement aux usagers ou simplement au grand public. Il avance des méthodes et de savoir-faire envers les associations des usagers et le Collectif Inter Associatif sur la Santé.

2) L'implication du praticien dans le recueil du consentement du patient

La méthode se fonde sur une information dite loyale. Elle doit être simple et intelligible, d'une manière claire et très adaptée à son état de santé. Le comédien doit en principe tenir compte la gravité de sa maladie et du schéma thérapeutique établi par le médecin. Ce plan implique le médecin, le praticien théâtral et le malade et/ou la personne qui veille à l'évolution de son état de santé.

Au départ, le consensus doit être médical, donc c'est une réunion pluridisciplinaire pour un objectif plus clair : bien rassurer le patient sur l'ensemble des mesures prises pour sa santé. Le praticien artistique doit, sans influencer le patient, lui faire comprendre et lui expliquer davantage les raisons de consentir à la thérapie envisagée. Il est logique de raisonner son patient pour qu'il revienne sur sa décision en cas de refus de soins médicaux. Ces réunions pluridisciplinaires sont prévues par la Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie et Plan cancer, Jacques Chirac, 25 mai 2003⁴¹⁸.

L'artiste doit être capable de comprendre le débat sur le dossier de son patient dans son ensemble afin qu'il participe aux discussions sur la pathologie et les antécédents du malade, pour apporter une lumière ou sa réflexion sur les alternatives thérapeutiques artistiques possibles et faire adhérer son malade au projet de soin et à l'acte médical envisagés par l'équipe médicale.

Dans ce projet, il est possible de retenir que le consentement recueilli est un accord médico-artistique préalable sous un angle de soins personnalisés. Dans un exercice théâtral, le professionnel artistique a l'obligation d'expliquer à son patient ce qu'il doit accepter. Il doit lui présenter un schéma thérapeutique expliquant l'information sur l'ensemble des éléments stratégiques de soins, les alternatives, les risques et les complications possibles dans la réalisation des soins. Il est tenu de valider avec le médecin un protocole de soins adapté au patient et consenti par ce dernier. Il doit conseiller au malade ou à l'ensemble des participants de prendre un autre avis chez d'autres professionnels du domaine. Le dirigeant du jeu dramatique doit chercher à connaître l'attitude de son malade pour mieux appréhender son

⁴¹⁶ *Ibid.*

⁴¹⁷ Collectif Interassociatif sur la Santé, « *Guide CISS du représentant des usagers du système de santé* », éd. 2011

⁴¹⁸ <http://www.oncolor.org/le-reseau/evaluation/textes-et-documents-utiles>

projet. Se poser des questions : comment le dire ? A-t-il bien compris ? La plupart des patients cherchent à tout savoir, mais ne veulent pas tout entendre.

a) Le choix du médecin traitant

À l'hôpital, la loi accorde aux patients ou donne à ces derniers le droit de choisir son médecin traitant. Le professionnel médical est tenu par la loi de respecter le libre choix de son patient. L'article 6 (article R.4127-6 du Code de la santé publique) du Code de déontologie médicale affirme clairement que : « *Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit/* »⁴¹⁹. Sans objection, le libre choix est un droit fondamental du patient dans la procédure médicale. Le libre choix constitue un des piliers de l'exercice médical du monde actuel pour des raisons d'éthique, il est concevable de dire que ce droit et la liberté de consentir contribuent sans cesse à la mise en place de la confiance que le malade accorde à son médecin. Ces mesures sont à la charge du praticien et fondent sa responsabilité. Ce même droit est renforcé par le principe du droit permettant aux patients de choisir leurs établissements de soins et de prise en charge. L'article L.1110-8 du Code de la santé publique qui précise que : « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L.1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire.* »⁴²⁰ Ce droit est également réaffirmé par le Code de la sécurité sociale en son article L.162-2⁴²¹ et il revient à tout moment dans les assises de santé publique et privée. Le rappel de ce droit dans le dispositif de la déontologie médicale s'accroît sur deux obligations : faire prendre conscience aux professionnels médicaux qu'ils ont l'obligation de respecter ce droit et d'assurer son application.

La question se pose lorsque le patient s'adresse à un médecin qui a déjà son équipe médicale bien constituée. L'exercice médical actuel se constitue en équipe et en réseau. Est-il compatible avec le libre choix du patient ? A-t-il le libre choix d'accepter de bénéficier de l'exercice médical d'un réseau ? Est-il possible de s'en retirer à tout moment ?

Tout d'abord, le malade qui s'adresse à un praticien appartenant à une équipe médicale déjà constituée a le droit de faire le libre choix parmi les membres de l'équipe dont sa composition doit lui être signifiée.

Il en est de même pour les maisons et les centres de santé pluridisciplinaires qui doivent être accessibles et garantir aux patients le libre choix du professionnel de santé. Il faut comprendre que ce droit s'applique même dans l'exercice regroupé. Les personnes résidant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ont le libre choix de leur médecin traitant ou de tout professionnel intervenant dans l'évolution de son état de santé. Si ce principe de droit reste fondamental dans les multiplicités des intervenants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, son application est encore à

⁴¹⁹ Code de la déontologie médicale, *op. cit.*

⁴²⁰ Code de la santé publique, *op. cit.*

⁴²¹ Code de la sécurité sociale : « *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971.* » Dalloz 37^e édition, 2013.

nuancer en raison de contraintes attachées à l'organisation du système de santé et dans les mesures d'urgence.

Ce droit fondamental connaît encore des limites selon l'article L.1110-8 du Code de la santé publique qui affirme que : « *Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.* »⁴²². Ce libre choix doit être lié à la compétence du médecin auquel il s'adresse.

b) Est-il possible d'avoir un libre choix du comédien thérapeute pour des motifs religieux ?

De prime abord, comme dans la profession médicale, la norme du libre choix de l'artiste thérapeute exerçant à l'hôpital est admise dans les ateliers théâtre thérapeutiques. Cet exercice impose à son professionnel de respecter ce droit indispensable lié à la santé du patient et à toute personne participant à l'activité artistique selon l'article 21 du Code de déontologie qui édicte que : « *L'art-thérapeute doit respecter l'indépendance et les orientations professionnelles des autres professions médicales et paramédicales et le libre choix du patient.* »⁴²³

La question se pose lorsque le choix est lié par des motifs d'orientations religieuses. La déontologie d'art-thérapeute inverse ce choix dans une obligation du principe du Code de déontologie en indiquant sur le point 12 que : « *L'art-thérapeute est conscient qu'il ne doit jamais faire mention de ses orientations religieuses, politiques, idéologiques, etc. dans le cadre de ses fonctions.* »⁴²⁴ Le point 13 du même Code impose que : « *L'art-thérapeute s'engage à ne pas orienter son patient en fonction de ses convictions personnelles. Il respecte les valeurs de son patient.* »⁴²⁵

Dans tous les cas, ce droit reste propre au patient. Personne ne peut déroger à ce droit, ni la famille, ni les époux, ni même la personne de confiance ne peuvent intervenir pour opposer à ce choix. Il est donc une discrimination à sens unique et donne raison au malade.

La problématique est dans le libre choix de l'artiste pour des motifs religieux. Qu'en est-il de la religion dans cette pratique ?

Il est clair que le principe de la laïcité⁴²⁶ est un pilier de la République, mais les convictions religieuses imposent le respect chaque jour et surtout dans le domaine de santé. Les normes sociales priment celles du domaine sanitaire.

D'un autre point de vue, l'article L.1110-3 du Code de la santé publique explique qu'« *aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.* »⁴²⁷ Dans la pratique, il n'est jamais question de discrimination à l'encontre des professionnels de santé quand le malade décline le soin pour des motifs de sexe ou lorsque les

⁴²² Code de la santé publique, *op. cit.*

⁴²³ AFRATAPEM, « *Code de déontologie d'art-thérapeute* », *op.cit.*

⁴²⁴ *Ibid.*

⁴²⁵ *Ibid.*

⁴²⁶ La laïcité qui est consacrée par l'article 1 de la Constitution de 1958 : « *La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. Son organisation est décentralisée* », version en vigueur au février 2018, consulté le 1^{er} février 2018.

⁴²⁷ Code de la santé publique, *op. cit.*

femmes avancent des raisons religieuses. En général, ce sont les praticiens qui préfèrent garder le silence par peur d'être traités de racistes.

Le niveau de service des urgences revient toujours dans cette recherche, même si dans l'art-thérapie le cas d'urgence n'est pas encore effectif, est-il possible de choisir ou de refuser un praticien artistique au sein des urgences des établissements de santé pour des motifs religieux ? L'événement de l'urgence et le stress du patient conduisent parfois le malade à avoir l'idée d'avancer des convictions religieuses qui le rassurent et facilitent ses soins. C'est à l'artiste d'expliquer au patient qu'en agissant ainsi, il engage sa propre responsabilité sur les éventuelles conséquences du refus de la procédure de soins. Le responsable de l'hôpital doit assurer au malade que les soins sont envisagés de la même façon pour tous sans tenir compte les croyances religieuses. En revanche les patients ne doivent douter en aucun cas de la neutralité des agents hospitaliers. La Charte du patient hospitalisé annexée à la Circulaire DGS/DH n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés affirme que : « *L'établissement de santé doit respecter les croyances et les convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...)*. »⁴²⁸ L'article L. 3211-3 du Code de la santé publique affirme cette même liberté pour les personnes atteintes de troubles mentaux et hospitalisées sans leur consentement. Cette même Charte et la Circulaire du 2 mars 2006⁴²⁹ réaffirment que : « *Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques.* »⁴³⁰ Elles amplifient l'obligation vers les milieux hospitaliers en leur imposant que : « *L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...)*. Toutefois, *l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches.* »⁴³¹ Ces mêmes principes de la laïcité dans les milieux hospitaliers étaient déjà mis en place par la Circulaire du 2 février 2005⁴³².

⁴²⁸ DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 affirmant les droits du patient.

⁴²⁹ Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une Charte de la personne hospitalisée.

⁴³⁰ *Ibid.*

⁴³¹ *Ibid.*

⁴³² Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé, NOR : SANH0530037C.

B. - Neutralité du service public hospitalier et des fonctionnaires et agents publics : L'obligation de neutralité est posée depuis plus d'un demi-siècle dans la jurisprudence (*Conseil d'État 8 décembre 1948, Dlle Pasteau - 3 mai 1950, Dlle Jamet*). Dans un litige concernant un établissement scolaire, le Conseil d'État a émis un avis en date du 3 mai 2000 (*Mlle Marteaux*), aux termes duquel : « *Il résulte des textes constitutionnels et législatifs que le principe de liberté de conscience ainsi que celui de la laïcité de l'État et de neutralité des services publics s'appliquent à l'ensemble de ceux-ci. Le fait pour un agent du service de l'enseignement public de manifester dans l'exercice de ses fonctions ses croyances religieuses, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion, constitue un manquement à ses obligations.* » Dans un arrêt en date du 17 octobre 2002 (*Mme E.*), le tribunal administratif de Paris a estimé légale la décision d'un établissement hospitalier public qui n'avait pas voulu renouveler le contrat d'une assistante sociale qui refusait d'enlever son voile. Dans son premier considérant, le tribunal rappelle que le principe de neutralité s'impose à tous les agents publics et pas seulement à ceux de l'enseignement : « *Considérant que si les agents publics bénéficient, comme tous les citoyens, de la liberté de conscience et de religion édictée par les textes constitutionnels, conventionnels et législatifs, qui prohibent toute discrimination fondée sur leurs croyances religieuses ou leur athéisme, notamment pour l'accès aux fonctions, le déroulement de carrière ou encore le régime disciplinaire, le principe de laïcité de l'État et de ses démembrés et celui de la neutralité des services publics font obstacle à ce que ces agents disposent, dans l'exercice de leurs fonctions, du droit de manifester leurs croyances religieuses, notamment par une extériorisation vestimentaire ; que ce*

En général, le libre choix pour des motifs religieux est avancé par les patients lors des ateliers théâtre quand il s'agit d'une opinion qui touche directement ou indirectement leurs religions respectives. La raison reste, dans ce cas, un peu camouflée. Par conséquent le patient ou le participant renonce à poursuivre l'activité théâtrale. Il est difficile, dans un premier temps, de parler de la présence du libre choix pour des raisons religieuses. L'artiste se trouve devant un patient qui abandonne l'exercice thérapeutique et il va essayer de le reconquérir en changeant de stratégie et de reformuler ses informations.

Sur ce, il est loisible de parler de la morale du praticien. Les jugements avancés par ce dernier ont-ils un impact dans la pratique artistique à l'hôpital ?

Certes, l'artiste a ou peut avoir une religion, mais il doit se tenir neutre dans ses propos tout au long de l'exercice. Il doit éviter d'imposer son avis ou de marquer la présence de ses opinions sur des questions très sensibles liées à des mouvements et/ou des idéologies religieuses comme : la transsexualité, l'homosexualité, le voile, etc. Ces thématiques peuvent avoir des répercussions sur la démarche thérapeutique envisagée. Comment peut-il remarquer que l'artiste médiateur n'utilise pas ses opinions morales et religieuses pour orienter ses patients ou les imposer une manière de faire ? Où est vraiment la limite de l'influence religieuse dans la démarche artistique au sein des établissements de soins ? Dans cet ensemble, existe-t-il des normes spécifiques liées à la protection de l'enfant contre les influences religieuses ?

C'est pourquoi le professionnel en charge de la médiation artistique doit faire un travail profond sur lui-même et il doit le faire au jour le jour. Cela lui permettra de rester objectif et d'éviter en permanence toute tentative de jugement des actes ou opinions de ses participants. En aucun cas, les convictions personnelles issues des bases de la religion ne doivent altérer le regard du thérapeute, surtout face à l'ensemble des problématiques de son malade. Un bon artiste thérapeute doit garder un œil bienveillant dans l'ensemble de ses actions théâtrales, sans aucune réflexion religieuse.

B] LE THÉÂTRE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Pourquoi le théâtre à l'hôpital ? Quel type de théâtre est envisageable à l'hôpital ? La réponse est simple : le théâtre peut y prendre sa place, car il est lui-même une forme de thérapie. Ils sont tous au même niveau, le malade, le comédien, la famille et le professionnel de santé.

Le rôle que joue le théâtre dans la médecine est semblable au rôle que joue la musique sur les malades dans les établissements de soins. La différence réside dans le fait que le

principe, qui vise à protéger les usagers du service de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, concerne tous les services publics et pas seulement celui de l'enseignement ; que cette obligation trouve à s'appliquer avec une rigueur particulière dans les services publics dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance ». Dans un arrêt en date du 27 novembre 2003 (Mlle Nadjet Ben Abdallah), la cour administrative d'appel de Lyon a considéré que : « Le port, par Mlle Ben Abdallah, détentrice de prérogatives de puissance publique, d'un foulard dont elle a expressément revendiqué le caractère religieux, et le refus réitéré d'obéir à l'ordre qui lui a été donné de le retirer, alors qu'elle était avertie de l'état non ambigu du droit applicable, a, dans les circonstances de l'espèce, constitué une faute grave de nature à justifier légalement la mesure de suspension dont elle a fait l'objet » (Mlle Ben Abdallah est contrôleur du travail). Ces principes s'appliquent à tous les fonctionnaires et agents publics, à l'exception des ministres des différents cultes mentionnés à l'article R. 1112-46 du code de la santé publique. Il est rappelé que les agents publics sont des agents qui concourent à l'exécution du service public : contractuels, internes... Vous veillerez à ce que, en application de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, les directeurs des établissements publics de santé respectent strictement ces principes en sanctionnant systématiquement tout manquement à ces obligations ou en signalant aux directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales toute faute commise par un agent dont l'autorité de nomination est le préfet ou le ministre. »

théâtre demande au patient de participer avec une réflexion et un gestuel contrôlés. Une relation complexe s'établit entre le comédien et le patient sous le contrôle psychothérapeutique du professionnel de santé. Le Code de déontologie dans son article 7 impose que : « *Groupe et entretien préliminaire. Dans le cadre de séances groupales, l'art-thérapeute doit avoir, dans un premier temps, effectué un entretien préliminaire avec chaque membre du groupe, car, pour l'art-thérapeute professionnel, un groupe est exclusivement considéré comme un ensemble de sujets à part entière avec qui la question de la demande doit être abordée.*

L'art-thérapeute est tenu de demander à chaque patient de ne pas interpréter et/ou juger ni ses productions ni celles des autres participants.

Chaque patient sera informé du fait qu'il ne doit absolument pas dévoiler l'identité des participants et faire preuve de la plus grande discrétion sur le déroulement des séances. »⁴³³

Le patient a besoin d'un théâtre qui le conduit à la réussite et donc à un état de santé meilleur. Un théâtre éducatif et préventif est bien évidemment sollicité par les scientifiques, mais aussi par les dramaturges. Le patient a besoin d'être informé de son état de santé, en lui communiquant les informations le concernant, mais il doit également être incité à s'impliquer dans la thérapie. La rééducation du malade est une partie considérable de la médecine.

Le besoin de l'intervention du comédien peut être identifié en fonction du malade hospitalisé et de sa maladie. Cette expression peut prendre des aspects les plus larges allant du théâtre dramatique, classique, comique jusqu'à la comédie musicale, contribuant ainsi à la guérison du patient.

Les activités de théâtre sont réglementées, en France par exemple, elles sont contrôlées par la Société des Auteurs et Compositeurs Dramatiques (SACD) et protégées par le Code de la propriété intellectuelle en son article L.112-2, modifié par la loi n°94-361 du 10 mars 1994⁴³⁴ puisqu'elles sont considérées comme des œuvres de l'esprit.

1) La pratique du théâtre devant le malade

Le théâtre, dans les milieux hospitaliers, présente plusieurs avantages. Il n'est pas simplement un art de distraction, mais aussi un modèle de thérapie pratiqué pour les enfants et pour les personnes âgées. Des mini-spectacles et des sketches sont vivement souhaités pour certains malades et peuvent servir de véhicule pour communiquer des informations préventives à une plus grande masse. Un malade hospitalisé ne doit pas être privé de distraction ou de toute autre activité qui peut contribuer à l'amélioration de son état de santé.

⁴³³ LPAT, « Code de déontologie de l'Art-Thérapeute », *op. cit.*

⁴³⁴ « Sont considérés notamment comme œuvres de l'esprit au sens du présent code :

1° les livres, brochures et autres écrits littéraires, artistiques et scientifiques ;

2° les conférences, allocutions, sermons, plaidoiries et autres œuvres de même nature ;

3° les œuvres dramatiques ou dramatico-musicales ;

4° les œuvres chorégraphiques, les numéros et tours de cirque, les pantomimes, dont la mise en œuvre est fixée par écrit ou autrement ;

5° les compositions musicales avec ou sans paroles ;

6° les œuvres cinématographiques et autres œuvres consistant dans des séquences animées d'images, sonorisées ou non, dénommées ensemble œuvres audiovisuelles ;

7° les œuvres de dessin, de peinture, d'architecture, de sculpture, de gravure, de lithographie, etc. »

Suite à cette recherche, des questions peuvent se poser sur le « *Programme Culture à l'hôpital* »⁴³⁵ signé le 4 mai 1999 entre le ministère de la Culture et de la Communication et le secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale ou sur le Programme politique de théâtre/santé dans le cadre du dossier médical du patient sous l'angle du comédien. Qu'en est-il du dossier médical du patient dans ce jumelage ? Le comédien travaillant avec l'équipe de santé a-t-il accès au dossier médical du patient ? Quelles sont les informations susceptibles d'être communiquées au comédien ?

Les réponses aux questions soulevées ne sont pas expressément exprimées dans la loi, mais une réponse factuelle peut être envisagée selon les missions confiées au comédien. Un accès à une partie du dossier médical du patient peut être envisagé si cela reste dans la bonne conduite de son travail et aux fins d'une santé meilleure du malade ; toutefois, la partie consultée ne doit pas toucher le domaine du secret médical, domaine relevant exclusivement du médecin traitant. Cette remarque correspond aux conditions d'accès au dossier médical du patient confié à l'équipe médicale. Le comédien participant à la thérapie du patient hospitalisé peut avoir accès au dossier pour éviter toute interprétation contraire à l'état du malade. De plus, l'article L.1110-10 du Code de la santé publique créé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 – art.9 JORF 5 mars 2002 peut contribuer à cet accès⁴³⁶.

Une question majeure peut être posée : la notion de théâtre et du service public dans les communes, départements ou les régions ? Quelle est la position du Conseil d'État sur cette question ? Le Conseil d'État s'est prononcé à plusieurs reprises sur la question du théâtre et de son rôle dans la société, mais surtout sur l'avenir du théâtre. Plusieurs arrêts du Conseil d'État peuvent en témoigner. Mais l'arrêt du 7 avril 1916 est le plus important puisqu'il est à l'origine de la modification de la définition du service public. « *Exploitation théâtrale et Service public : nature juridique d'une convention portant sur la concession d'un emplacement pour la construction d'un "Palais philharmonique"*. »⁴³⁷

a) Le malade devant son comédien

La philosophie de cette thérapie crée une relation qui implique le patient dans une promesse de guérison ou de récupérer sa dignité afin de le faire revenir à sa vie sociale initiale. Une des raisons qui permet de plus en plus aux comédiens de prendre l'initiative de s'investir dans la santé des malades est celle de faire appel à leurs souvenirs les plus lointains

⁴³⁵ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

⁴³⁶ Article L1110-10 du Code de la santé publique : « *Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage* », créé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 – art.9 JORF, 5 mars 2002.

⁴³⁷ Un extrait des notes de l'Arrêt du 7 avril 1916, du Conseil d'État, Astruc et Société du Théâtre des Champs-Élysées c. Ville de Paris, S. 1916.3.41 : « *C'est qu'en effet, la définition du service public par l'intention subjective de l'Administration qui organise l'entreprise serait éminemment dangereuse, s'il devait en résulter que l'Administration pourrait ériger en services publics toutes sortes d'entreprises. Il y a, évidemment dans la nature même des entreprises, des obstacles, des résistances, des limites objectives. Toute la jurisprudence du Conseil d'État sur la municipalisation des services repose sur cette idée que l'entreprise, dont l'exploitation conserve des aléas industriels ou commerciaux, répugne par elle-même au service public ; de même, sa jurisprudence sur les théâtres doit reposer sur cette idée que l'entreprise de spectacles, dont l'exploitation renferme tant d'éléments de démoralisation, répugne par elle-même au service public, et, si le juge ne croit pas devoir avouer expressément ce fondement moral, il appartient à l'interprète de le mettre en évidence. M. le commissaire du gouvernement veut bien rappeler une définition du service public que j'ai donnée. J'ai dit : "C'est un service technique rendu au public par une organisation publique, d'une façon régulière et continue, pour la satisfaction d'un besoin public." Je demande à compléter cette définition en ajoutant : "Pourvu que la satisfaction du besoin public n'ait rien de contraire aux bonnes mœurs." Ainsi, la question de l'exploitation théâtrale et du service public se trouve replacée sur son véritable terrain, qui est, non pas celui de l'intention subjective de l'Administration, mais celui des exigences objectives du service public.* »

avec des rappels à leur vie précédente communément nommée leur passé. Certains patients ont besoin un rappel de souvenirs pour leur permettre de vivre leur vie.

Pour remonter la vie du patient, il faut lui rappeler son passé par des gestes et des histoires et retracer son vécu pour lui réactiver sa mémoire. Il faut que le médecin traitant travaille en étroite collaboration avec le comédien thérapeute pour dresser un schéma de traçabilité des données du patient ; la présence de la famille et de son entourage est nécessaire, car ils y contribuent d'une façon non négligeable. Ce système repose sur l'analyse du chemin du patient, de son passé, de son présent et contribue à envisager le futur et sa réinsertion sociale.

Depuis 1999, des compagnies théâtrales soutiennent massivement le projet « *Culture à l'Hôpital* »⁴³⁸ en proposant des représentations en milieu hospitalier ou des ateliers auxquels le patient lui-même participe avec un accompagnement de son entourage.

Des ateliers : le comédien peut initier le patient à des mouvements corporels, comme la création du comédien Idrisse Riadhudine (100 blagues) intitulée « *Mon corps s'exprime* », des textes et des champs comme des griots sont aussi sollicités dans ce type de création.

Des rappels : il est possible de raconter au patient les mêmes histoires tous les jours pour voir s'il arrive à maîtriser quelques répliques, preuve du retour des souvenirs du patient dans le cas d'une perte de conscience ou d'un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Le traitement : le comédien peut utiliser un système persuasif pour la thérapie des enfants ou des personnes âgées qui refusent de prendre les médicaments. Dans une situation pareille, l'artiste met le patient sur scène et lui donne des répliques et des gestes à faire. Dans son intervention sur scène, l'objectif premier est de lui faire prendre ses médicaments sans aucune remarque. Donc, ce metteur en scène montre au malade ses médicaments comme un décor meublant son espace et lui demande d'absorber les médicaments comme un geste accompagnant sa réplique.

Le rire : plusieurs compagnies envoient, auprès des malades, des clowns pour offrir du rire, des sourires, des instants de détente, passer un moment de fête⁴³⁹ et les faire parler. L'objectif est de leur faire oublier les moments difficiles qu'ils passent à l'hôpital. Cet événement peut être aussi un moment de distraction pour les familles surveillant les malades hospitalisés ainsi que pour le personnel de l'hôpital.

Les acteurs infiltrés : cette démarche est déployée auprès des malades mentaux, pour, par exemple, pouvoir leur administrer leur traitement. Cela nécessite d'avoir des acteurs infiltrés dans les chambres, dans les halles qui se comportent comme eux. Même si parfois ils courent des risques, ils parviennent à atteindre leurs objectifs. Le comédien infiltré doit être vigilant, car une partie de sa sagesse est très sollicitée pour éviter des risques et des déviations pour le malade.

D'autres programmes sont mis en place pour les enfants hospitalisés comme celui du « *Théâtre en Flammes qui intervient au CHU de Nîmes.* »⁴⁴⁰ La principale mission est de faire

⁴³⁸ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

⁴³⁹ Donner à celui qui a besoin, la chaleur du cœur souriant pour lui faire vivre une vie meilleure et lui faire oublier son passé. On sait que la douleur de celui qui donne le rire et celui qui le reçoit ne sont pas les mêmes. « *Jouer et fêter : car ce qui est bon pour l'un ne l'est pas pour l'autre – tales uitandis tales laudansdi, decet unum non decet alium ; la honte et l'honneur se distinguent par modestie et tempérance – licet uti ludo dummodo moderate.* Pg : 151 » un extrait tiré dans le livre intitulé : *Le rire au Moyen-âge*, dans la littérature et dans les arts. Textes recueillis par Thérèse BOUCHÉ et Hélène CHARPENTIER, publié avec le concours du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Presse Universitaires de Bordeaux en décembre 1990.

⁴⁴⁰ Il offre aux petits enfants malades hospitalisés dans les établissements soins des échanges artistiques avec des comédiens spécialisés, exercés à véhiculer une distraction durant leur travail hospitalier habituel.

oublier – même un instant – les moments pénibles que vivent les malades à l’hôpital. Certaines compagnies comme le Théâtre de Bligny se spécialisent pour les malades adultes et elles offrent un programme adapté aux adultes. Dans ce programme, cette compagnie offre des musiques, des pièces, des danses, des lectures et des expositions, tout en notant que l’entourage hospitalier en profite.

b) Recommandations

Le théâtre étant un formidable support d’expression en même temps qu’un outil permettant l’interaction pour toute personne, quelle que soit sa difficulté à pouvoir s’épanouir et à s’exprimer avec envergure. C’est pourquoi la réussite de ce projet nécessite une implication de tous, de l’écoute des équipes soignantes et de l’encadrement pour la relève. S’assurer que les données issues de l’atelier sont bien traitées et de s’appuyer sur les retours de chaque séance, tant positifs que négatifs. Faire référence à des exemples bien réussis, faire usage à des outils de communication ludiques facilitant l’échange. Le comédien doit avoir un esprit bienveillant et non accusateur. Il doit être capable de gérer les informations et surtout celles d’un tiers.

Dans cette partie, il y a un exemple très probant : l’Association S3Odéon (Sciences Santé Société) qui propose au grand public, via le théâtre, une nouvelle manière de parcourir et de s’approprier l’avenir de sa santé. Cette organisation met en place chaque année un colloque théâtre où plusieurs chercheurs de différentes disciplines se mettent en scène, sept minutes chacun, pour expliquer comment incarner le futur de la santé. c’est un échange entre citoyens et experts du domaine.

2) Les coups de l’art théâtral en atelier de santé sur la scène de l’Odéon

Le futur de la santé se discute chaque année sur les planches du Théâtre de l’Odéon où des scientifiques, des acteurs de terrain, des citoyens, des patients et des artistes présentent ouvertement, dans un temps prédéfini, les révolutions de la science et le défi de la santé. Cet événement est placé sous le patronage de S3Odéon et a pour objectif le rassemblement de tous les acteurs influents et les plus innovants du secteur de la santé et des institutions œuvrant dans la recherche et les sciences plus particulièrement celles de l’homme. Plusieurs thèmes sont présentés et la qualité des contenus est remarquable. Exemple : les questions d’éthique, les avancées sociétales surtout en matière de santé, les progrès médicaux, la médecine et la technologie, etc.

Le mélange de ces expériences sur la scène du théâtre a pour finalité de favoriser le rapprochement du grand public à des actualités de la médecine et de faire connaître la nouvelle politique de santé envisagée pour le futur. Sciences, santé et société n’ont qu’un seul objectif : proposer une réflexion positive sur les thématiques de santé les plus sensibles. C’est donc une nouvelle forme d’expression véhiculée autour de la santé pour toucher la sensibilité de l’être humain. La scène du Théâtre de l’Odéon a connu en 2016 trois actes pour éclairer les

enjeux de la santé de demain : « *La recherche et les maladies de demain* »⁴⁴¹, « *Les enjeux sociétaux* »⁴⁴², « *Les ruptures annoncées* »⁴⁴³.

a) Donner au grand public les mots pour comprendre

La santé est envahie par des découvertes scientifiques et technologiques et la société lui impose le bien-être et le devoir de délivrer le maximum de connaissances aux patients. De fait, plusieurs projets innovants et des visions originales émergent à l'hôpital au profit du malade. Que retenir dans cet assemblage de connaissances nouvelles, des multiples annonces et des débats très cadrés ? Existe-t-il un moyen d'associer le citoyen-patient-consommateur aux choix de la thérapie et peut-il influencer sur le processus de soins de sa santé et de celle de ses proches ?

La clé de la compréhension n'est que la conviction de la personne elle-même enrichie par les argumentations du maître du jeu dramatique et de son médecin. Le citoyen participant à l'atelier théâtre est sollicité pour son sens de l'écoute, de l'inspiration, de la créativité et de l'émotion pour atteindre une santé meilleure. Il est donc temps de lever le voile sur les nouvelles méthodes thérapeutiques sensibles dans la vie sociale. En effet, tout cela aidera le patient à comprendre les mécanismes sanitaires et d'hygiène, à avoir plus d'informations sur l'évolution de son corps, le vieillissement de son cerveau ou toutes les sortes de diagnostics médicaux le concernant. Le patient a confiance en lui, il se voit plus intelligent et il n'a qu'une seule envie : partager ses informations avec son entourage.

b) Être acteur de ses soins

Dans cette nouvelle politique culturelle dans les milieux hospitaliers, des mesures sont prises pour impliquer le patient dans la démarche de sa santé et dans toutes les décisions le concernant. Par exemple sur l'évolution du contexte épidémiologique qui guide, depuis trois décennies, les grandes décisions de politique de santé publique en donnant une place prépondérante au malade dans l'ensemble des objectifs à envisager pour l'évolution de son état de santé. Il devient lui-même acteur et il est impliqué dans la recherche d'une solution pour la gestion de la qualité de vie et de sa santé. Il participe en général à l'éradication des maladies infectieuses et/ou des maladies chroniques comme la polyarthrite rhumatoïde, le diabète, l'asthme et les maladies inflammatoires chroniques intestinales.

Il apporte des témoignages qui facilitent l'amélioration de sa santé et qui cadrent ses informations, son éducation thérapeutique et sa communication de santé. Son implication ouvre la voie vers le renforcement de ses droits dans le système de santé.

Cette force intégrée dans le système hospitalier permet au médecin de ne plus travailler seul pour le patient. Actuellement, il travaille en étroite collaboration avec le malade. Il est très actif et s'intéresse à sa maladie. Lorsqu'il est confronté à une situation qu'il n'est pas en mesure de comprendre, il recherche des informations sur internet et même sur les réseaux sociaux avant d'aller consulter son médecin. Cela affirme son engagement et facilite

⁴⁴¹ Théâtre de l'Odéon, colloque de S3Odéon, publié le 29 septembre 2016. www.s3odeon.fr

⁴⁴² *Ibid.*

⁴⁴³ *Ibid.*

le dialogue entre soignant et soigné. Il est incontestable que sa place est au centre du système de soins.

L'action culturelle, plus spécifiquement le théâtre, a pour mission de favoriser cette intégration dans une autre perspective de regard liée à la démocratie participative en matière de santé. Dans chaque atelier, le patient dévoile son vécu sur la maladie et affirme qu'il est maître de sa santé ainsi qu'expert de lui-même. L'acteur médiateur conjugue ses efforts pour que le patient, souffrant d'une maladie chronique par exemple, développe certains dynamismes grâce à l'éducation thérapeutique fournie lors des ateliers théâtre. Plus le patient est bien informé et bien éduqué, plus ses informations sur la maladie deviennent crédibles, parfois les médecins eux-mêmes ne sont pas en mesure de les découvrir. Le théâtre parle d'un patient expert ou patient ressource lorsque ses informations sont fiables. La plupart du temps, il est au centre de chaque exercice pour partager ses expériences. Certains participants du jeu de rôle l'appellent patient polyvalent.

SECTION II - LA POLITIQUE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

À première vue, les informations données au patient sur son état de santé ne suffisent pas pour le laisser seul dans l'environnement sanitaire et surtout dans le clivage des mesures de soins planifiées dans le système hospitalier. Il est encore nécessaire de prévoir à son encontre des mesures d'éducation sanitaire lui permettant de garder un peu plus de confiance en soi et de s'engager dans ses soins sans crainte.

Quelques problématiques reviennent à chaque fois dans les ateliers théâtre – santé. Que vise réellement l'éducation des patients, des proches du malade, des personnes de confiance et/ou du grand public lors des ateliers théâtre ? Quel impact le métier du théâtre a-t-il sur l'éducation de santé ?

Tout d'abord, cette éducation cherche à établir une harmonie entre soignant et patient et à déterminer la responsabilité de chacun. Elle est une phase indispensable pour authentifier l'engagement symétrique de chaque acte médical à réaliser. C'est seulement avec cette éducation que le patient, se trouvant dans l'impossibilité de guérir, peut engager une alternative lui permettant de faire face à un traitement qui lui paraissait difficile à supporter.

Désignée sous le terme d'éducation thérapeutique, la politique éducative devient indispensable dans le parcours médical. Le médiateur artistique doit faire en sorte que le malade arrive à comprendre la valeur de cette pratique et à lui fournir des méthodes qui le rendent plus autonome. L'article L.1161-1 du Code de la santé publique affirme que : « *L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. [...] »*⁴⁴⁴

Cette politique éducative n'est pas seulement une disposition du Code de la santé, elle est aussi une des normes envisagées dans la Déclaration des droits culturels qui précise en son article 6 que : « *Dans le cadre général du droit à l'éducation, toute personne, seule ou en commun, a droit, tout au long de son existence, à une éducation et à une formation qui, en répondant à ses besoins éducatifs fondamentaux, contribuent au libre et plein développement*

⁴⁴⁴ Code de la santé publique, *op. cit.*

de son identité culturelle dans le respect des droits d'autrui et de la diversité culturelle ; ce droit comprend en particulier :

a. la connaissance et l'apprentissage des droits de l'homme ;

b. la liberté de donner et de recevoir un enseignement de et dans sa langue et d'autres langues, de même qu'un savoir relatif à sa culture et aux autres cultures ;

c. la liberté des parents de faire assurer l'éducation morale et religieuse de leurs enfants conformément à leurs propres convictions et dans le respect de la liberté de pensée, conscience et religion reconnue à l'enfant selon ses capacités ;

d. la liberté de créer, de diriger et d'accéder à des institutions éducatives autres que celles des pouvoirs publics, à condition que les normes et principes internationaux reconnus en matière d'éducation soient respectés et que ces institutions soient conformes aux règles minimales prescrites par l'État. »⁴⁴⁵

Ces deux disciplines, santé et culture, se rejoignent dans l'idée de développer l'indépendance et la vie de l'être humain et surtout d'encadrer ses droits fondamentaux. Le patient participant activement à une démarche théâtrale, sur une des thématiques de santé, se voit donc épanoui tant dans sa santé que dans sa dimension culturelle.

Le travail du comédien dans la politique éducative a un objectif majeur centré sur deux axes différents : une prise de conscience du grand public sur des bases sanitaires et de manifestation d'intérêt ; un recueil d'informations tant générales que spécifiques dans l'ensemble des données proposées. Les comédiens s'adressent en général à deux catégories de populations ciblées par l'information qui peuvent être d'une part, des maires, des départements et des régions et, d'autre part, des populations elles-mêmes. Il y a donc deux manières pour pouvoir les toucher : soit par la voie de la documentation, s'ils savent lire bien évidemment, soit les convier dans une réunion d'échange d'informations qui sont indispensables ou complémentaires sur le sujet en question.

Ces deux catégories de populations sont responsables de la mise en place et du contrôle de l'exécution des méthodes d'éducation ayant été choisies par la politique éducative. Au départ, ce sont des mesures d'expérimentation pour éradiquer tout élément destiné à résister à l'exécution active du projet. À ce niveau, il n'y a pas vraiment de certitude ou de réussite garantie par ce projet, mais cela permet d'envisager au préalable des mesures, des méthodes ou des moyens qui la rendent possible ou vraisemblable, comme disent les artistes. Ces derniers appliquent ces expérimentations à un groupe restreint de personnes tels que des patients, des proches ou du grand public ayant le même centre d'intérêt, dans une période de temps bien précise et avec des dépenses très minimales. Ils peuvent parfois mettre en place des méthodes et des moyens fondés sur la parole qui facilitent l'échange entre l'artiste et son patient. Ils retiennent la voie de la parole puisqu'elle est le moyen universel de communication de la pensée. Prenons le cas d'une consultation médicale durant laquelle le professionnel de santé favorise le dialogue entre lui et son malade pour l'informer de son état de santé. Il en est de même pour l'artiste face à un participant aux ateliers qui souffre d'une maladie précise, pour lequel il souhaite obtenir des informations pour pouvoir envisager une solution. Cette pratique est indispensable lorsque le patient entre en contact pour la première fois avec l'artiste thérapeute et son équipe ou lorsqu'il manifeste un refus de participer à une

⁴⁴⁵ Déclaration de Fribourg, « Droits culturels », *op. cit.*

activité collective ou individuelle. Les causeries sur des sujets généraux permettent d'abord de faire participer la population à la discussion ou à la prise de décision et de l'habituer à respecter les conseils dispensés par le médecin. Cela permet à tout un chacun de poser des questions et de chercher à comprendre la solution adéquate la plus facile. C'est ce que l'éducation de santé appelle la démocratie participative ou la démocratie citoyenne. La plupart des avis avancés par chacun sont, pour le maître du jeu, autant d'informations à étudier dans les prochaines séances. Il est possible et c'est la plupart des cas, de demander aux participants de former des groupes de quatre à six personnes pour discuter sur des sujets distincts durant un quart d'heure, de leur demander de désigner un porte-parole du groupe pour faire le résumé afin de donner la ou les solutions envisagées par l'ensemble. Ce savoir-faire employé par l'artiste médiateur facilite ou aide la participation de chacun et évite qu'il monopolise la parole, qu'il soit fatigué ou qu'il perde l'attention de l'auditoire.

Les groupes peuvent se constituer entre étudiants stagiaires, parents, religieux, malades, politiques ou professionnels pour qu'ils échangent des avis, des sentiments et que chacun remarque ses défauts, ses comportements ou ses mauvaises habitudes afin de s'engager à les changer éventuellement.

L'avantage de cette démarche est que les participants peuvent prévoir eux-mêmes des mesures à mettre en place qui, par la suite, deviendront une politique à suivre sur l'ensemble du territoire. À travers un plan d'action général, il est possible de donner confiance aux participants et les inciter à s'engager fermement non seulement dans leur éducation de santé, mais aussi dans celle de leurs familles et de leurs proches. Ici, il peut être utilisé différentes démonstrations visuelles ou des projections des films, mais celles-ci restent très coûteuses. C'est pour cela que certains artistes ont recours à des méthodes qui peuvent être appuyées par la présence d'outils visuels comme des graphiques, des images, des pièces de théâtre, des gestuels, etc., comme illustrations et moyens de sensibilisation. Il peut s'agir aussi de visites d'entreprises ou d'endroits concernés par le sujet d'étude pour qu'ils posent un maximum de questions aux professionnels du site. Pour les questions liées à des installations avec un accès interdit au public, l'artiste peut procéder à des explications fondées sur des maquettes.

Les artistes impliqués dans le projet d'éducation de santé précisent que le seul moyen de bien éduquer le malade ou toute personne participant à ce programme est de l'intégrer à des mouvements théâtraux pour qu'il puisse faire vivre ses émotions et lui garantir la possibilité d'une vie meilleure.

Prenons l'exemple de la question de la conservation des denrées alimentaires : des propositions peuvent faire l'objet d'études, mais chacun est libre de prendre en compte ce qu'il considère comme le plus adéquat et le plus facile pour s'adapter. Dans cet exercice, le comédien peut proposer trois manières de conservation des denrées alimentaires : soit dans une armoire à provisions, soit dans un réfrigérateur, soit dans un garde-manger. Il met des objets à la disposition des participants et il leur demande de les classer par catégories et en fonction des trois moyens de conservation. Il appartient dans ce cas-là à tout un chacun de prendre sa décision et de choisir la catégorie. Mais il est tenu par la suite d'expliquer durant la séance le pourquoi de ce choix.

Le théâtre contribue beaucoup à l'éducation sanitaire du fait qu'une personne se met à la place des autres pour expliquer un savoir-vivre en donnant des informations de santé

publique. Il peut s'agir par exemple de questions d'hygiène ou d'expliquer aux militaires comment conduire un entretien médical.

Il est indispensable dans cette démarche de parler de la parole écrite qui prend une grande place dans la communication de la médecine expérimentale. L'envoi des lettres à des particuliers, les expositions, les prospectus pour toucher un grand public, les affiches forment dans leur ensemble une autre manière très prisée par l'artiste dramatique pour convaincre au maximum la population sur des questions de santé. Toutes ces formes de communication sont incontournables pour familiariser le public à des situations nouvelles, que ce soit pour une épidémie, un fléau, une vaccination, une prévention, une maladie chronique et/ou pour une maladie transmissible. C'est également le cas pour des mesures à prendre en cas d'insalubrité de l'eau. Les écrits du dramaturge renforcent les explications verbales données lors des ateliers théâtre – santé.

PARAGRAPHE 1 - UNE TOURNURE DES MOTS : « ÉDUCATION POUR LA SANTÉ »⁴⁴⁶, « ÉDUCATION SANITAIRE »⁴⁴⁷, « ÉDUCATION À LA SANTÉ »⁴⁴⁸ ET « PROMOTION OU PRÉVENTION »⁴⁴⁹

L'éducation dans le domaine médical recouvre ou est assimilée à plusieurs notions telles que : « *éducation pour la santé* », « *éducation sanitaire* », « *éducation à la santé* », « *éducation pour la promotion de la santé* » ou « *éducation pour la prévention de santé* » qui aident les patients à faire face aux soins médicaux tout en répondant aux obligations et aux mesures de la politique de santé publique. Elles font référence aux conséquences que peuvent apporter toutes les situations de changements, qui se produisent soit dans la vie personnelle soit au sein d'un groupe, d'une collectivité ou d'une population, d'une manière générale, sur leurs croyances, leurs attitudes, ou sur leurs comportements à l'égard des certaines problématiques de santé.

En revanche, cette même éducation peut avoir un sens plus restreint dans la mesure où elle indique en principe des mesures qui sont systématiquement engagées pour susciter ou pour favoriser des pratiques et des usages qui incitent un malade, un groupe ou une collectivité comme le grand public à retenir ou à acquérir des connaissances ainsi qu'à développer des comportements de nature à atteindre plus rapidement le niveau de santé optimal.

Dans cette phase d'étude, la notion de la promotion de la santé définie l'« *éducation sanitaire* » comme étant l'ensemble des occasions d'apprentissages intentionnellement mises en œuvre pour soutenir les changements possibles de comportement individuel ou collectif en vue d'arriver au niveau de la valeur et de l'objectif escompté au départ. L'artiste qui suit la démarche de la politique de santé doit faire en sorte que l'éducation sanitaire s'appuie de près

⁴⁴⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF, n°0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1 modifiée par l'Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique, JORF, n° 0089 du 15 avril 2016, texte n° 40.

⁴⁴⁷ Arrêté du 17 octobre 1945 Centre régionaux d'éducation sanitaire, JORF, 7 novembre 1945 page 7357.

⁴⁴⁸ Circulaire n° 2016-114 du 10-8-2016, relative aux orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

⁴⁴⁹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, modifiée par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, abrogée par l'Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique, JORF, n° 0089 du 15 avril 2016, texte n° 40, Version consolidée au 06 novembre 2019.

ou de loin sur des théories de certains comportementalistes et surtout sur des objectifs qui visent à éradiquer ou à éluder une grande partie des incidences d'une maladie précise.

Une question paraît très importante dans cette philosophie de politique de santé publique : y a-t-il un principe permettant aux pouvoirs publics d'intervenir dans la vie de chacun pour modifier les comportements et pour transformer ses habitudes tout en respectant les droits fondamentaux ?

La possibilité qui prévoit cette intervention est contenue dans la définition de la promotion de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé qui : « *Désigne les actions visant à privilégier les modes de vie et les autres facteurs sociaux, économiques, environnementaux et personnels qui contribuent à la santé.* »⁴⁵⁰ C'est une obligation imposée par les États puisque les coûts des dépenses de santé de chaque pays augmentent de jour en jour, surtout dans les pays industrialisés. C'est pour cette raison que ces pays essaient de promouvoir la santé en réduisant les maladies.

Sur la base des différentes formes d'éducation sanitaire, la promotion de santé se légitime par les urgences et les impératifs économiques reliés très étroitement à une conscience aiguë des liens de causalité qui existent entre les grands facteurs environnementaux, sociaux et économiques et une bonne ou mauvaise santé. En restant toujours dans la tournure des mots, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé céderont la place à l'éducation à la santé retenue dans un sens très large comme le bien-être de chacun. Dans ce même cadre d'évolution, l'éducation pour la santé a comme principal objectif : « *De protéger l'ensemble de la communauté contre des agressions qui souvent, n'ont de conséquences néfastes qu'à long terme et de développer pour chacun le désir de réaliser au mieux ses potentialités de garder aussi longtemps que possible un état de bien-être physique, mental et social... Être bien portant est presque devenu un devoir et une certaine culpabilité tend à s'attacher aux comportements qui risquent d'altérer la santé, laquelle est de plus en plus présentée comme la responsabilité des individus.* »⁴⁵¹

Sur ce même point, l'artiste fait usage de deux méthodes lors des exercices de théâtre à l'hôpital : tantôt des méthodes didactiques ou unilatérales qui consistent à donner un enseignement à une ou plusieurs personnes, tantôt des méthodes bilatérales ou socratiques qui comportent un enseignement qui se base sur un échange de connaissances entre deux ou plusieurs individus.

Le maître du jeu dramatique considère dans sa première méthode de travail que la personne à éduquer est ignorante et il lui fournit des questions déjà traitées pour renforcer ses connaissances qu'il devra par la suite s'approprier, s'expliquer et s'appliquer à elle-même dans sa vie de tous les jours. Au début, il ignore la réaction de la personne, ce qu'elle possède comme connaissances ou son niveau de compréhension d'une leçon qui lui est soumise. Il est donc dans l'obligation de mettre en place une méthode qui représente les faits sous plusieurs angles avec des éclairages variés pour s'assurer qu'elle retiendra le maximum d'informations sur le thème choisi.

Quant aux secondes méthodes, il présume que la personne à éduquer a certaines notions de la thématique choisie, des sentiments et des intérêts à défendre, mais aussi des

⁴⁵⁰ Organisation Mondiale de la Santé, « *Glossaire de la série Santé pour tous* » volume n°1 à 8, Genève, 1984, pp. 19-20.

⁴⁵¹ Nelly LESELBAUM, « *L'éducation sanitaire, la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé ?* », Université Paris X Nanterre, recherche et formation, n°28-1998, pp. 131-138, p. 3. Cette référence est encore reprise dans l'ouvrage de : DANZON, MANCIAUX, FERRARI, intitulé : « *L'enfant et sa santé* », Éd. Doin, 1987, p. 1217.

croyances qui peuvent influencer la compréhension de l'enseignement. Sur ce, la personne va étudier davantage l'enseignement avant de modifier ses comportements. Il s'agit dans la plupart des cas de mettre deux personnes influentes avec des connaissances distinctes en discussion sur le même sujet pour mêler idées et pour tirer des conclusions pratiques.

Mais dans la réalité pratique, l'artiste utilise ces deux méthodes pour arriver à ses fins. De temps à autre, il utilise une de deux méthodes au début de l'exercice et après il fait appel à l'autre consécutivement pour éclairer les résultats obtenus. Il s'avère que ces méthodes sont très efficaces, mais la plupart du personnel médical ne comprend pas cette façon de faire étant donné qu'il ne participe absolument pas au choix de la méthode. Dans d'autres cas, l'artiste, après avoir expliqué les deux méthodes aux participants, peut leur demander de faire eux-mêmes le choix de la méthode à retenir dans la démarche théâtrale.

AJ DÉFINITION DE L'« ÉDUCATION POUR LA SANTÉ » ET SON RÔLE

L'action théâtrale au sein des établissements de soins s'intéresse et partage les mêmes missions et les mêmes objectifs que celui du programme d'actions « *Maladies chroniques* ». L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) essaie de cadrer une réflexion sur le développement de l'éducation thérapeutique du patient dans chaque région. Il s'intéressait donc, au niveau de l'éducation thérapeutique du patient dans les différents schémas régionaux de l'organisation sanitaire de troisième génération⁴⁵². « *L'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération s'inscrit dans un cadre juridique rénové. En effet, l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé a fortement modifié le dispositif de planification sanitaire. Elle supprime la carte sanitaire ainsi que les indices de besoins, avec effet à la date de parution du nouveau schéma. Elle fait ainsi du schéma d'organisation sanitaire l'outil unique de planification sanitaire en même temps qu'elle élargit son champ d'intervention vers l'offre de soins non strictement hospitalière, la prévention et plus largement la santé publique, l'action médico-sociale et sociale.* »⁴⁵³

Le thérapeute adhère aux objectifs de ce schéma d'organisation sanitaire qui a pour « *objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.* »⁴⁵⁴ Il constitue un instrument de planification de l'offre de soins dans les établissements de santé les plus récents. Par la pratique de l'éducation thérapeutique du patient qui est généralement mise en action au sein des hôpitaux, il a fait l'objet d'une intégration dans le Schéma régional de l'organisation sanitaire et sa place sera ensuite définie par la région.

L'Organisation mondiale de la santé en 1998 et la Circulaire du 12 avril 2002 donnent des éléments de contexte et définissent que : « *Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins,*

⁴⁵² Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

⁴⁵³ Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France « *Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de Troisième Génération, 2006-2010* », mars 2006, p. 1.

⁴⁵⁴ *Ibid.*

l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre le plus sainement possible et à maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer optimalement sa vie avec la maladie.

L'éducation thérapeutique s'intègre dans un processus continu de prise en charge et doit être poursuivie lors de chaque consultation. Elle est adaptée à chaque patient en tenant compte de son contexte psychosocial, de sa représentation de l'affection, de sa perception des symptômes et de son projet de vie face à sa maladie.

L'éducation thérapeutique favorise l'autonomie du patient et s'inscrit dans une relation équilibrée entre les soignants et le patient. »⁴⁵⁵

Sur le plan des pratiques professionnelles, l'activité éducative est en principe formulée dans le cercle des thèmes qui peuvent être soit une spécialité médicale soit une maladie comme par exemple : la chirurgie, la gériatrie ou l'asthme, l'insuffisance rénale, le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les maladies psychiatriques, l'Alzheimer, l'hémophilie, le VIH/sida, l'hypertension artérielle, les douleurs chroniques, le choléra, les addictions, la peste ou toutes sortes d'épidémies.

Le corps médical et les artistes thérapeutes essaient de proposer une réponse et très cohérente aux besoins généraux de la population dans le système de santé ainsi que dans le domaine médico-social et social. C'est la raison pour laquelle cet enseignement s'inscrit dans la politique générale de santé publique pour accompagner le malade tout au long de son parcours de soins.

Cet accompagnement du patient se joue dans la médecine, la chirurgie, la rééducation, les soins de suite, la réadaptation fonctionnelle, la prise en charge des urgences, la réanimation, les soins intensifs ou palliatifs, les traumatismes, les surveillances continues et les techniques utilisant l'imagerie médicale, la prise en charge des enfants ou des personnes âgées et d'autres thématiques possibles.

Le personnel médical et paramédical doit jouer un rôle très considérable dans le développement de l'éducation sanitaire. Il doit tirer le meilleur de toutes sortes d'avantages qui s'offrent à lui pour l'intérêt de ses patients. Il doit ainsi aider les artistes à maîtriser toutes les connaissances exigées par la pratique sur les moyens et les méthodes d'éducatives à la santé. Un regard des autorités compétentes sur l'élaboration des plans méthodiques de cette éducation reste une obligation pour s'assurer que c'est un travail continu sous le couvert de spécialistes compétents avec une formation et une expérience en matière d'éducation sanitaire.

1) Qui a la responsabilité de l'éducation sanitaire ?

Quand des questions sur le programme d'éducation sanitaire et sur les méthodes qui seront employées se trouvaient évoquées lors d'une table ronde faisant objet de discussions, il serait loisible de penser aux apports possibles du personnel de l'hôpital. Le concours peut venir du personnel médical ou de tout autre professionnel capable de fournir beaucoup de

⁴⁵⁵ Circulaire DHOS/DGS n°2002-215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

connaissances dans ce domaine. Il est donc souhaitable de faire un inventaire ou un constat tant sur le côté des ressources humaines que sur le côté des moyens envisagés pour bien mettre à profit l'éducation sanitaire envers la population.

C'est une question qui touche toutes les couches sociales et il faut s'assurer de la bonne volonté de ceux qui veulent y participer, tenir compte de l'investissement des notables locaux, repérer des bénévoles participant à l'action de service public, que ce soit en individuel ou en groupe ou toutes les personnes qui ont beaucoup d'influence ou d'autorité dans la région. Il est indispensable de chercher à identifier des spécialistes du domaine qui seront intéressés par des projets culturels tels que l'éducation sanitaire. Les personnes influentes peuvent être par exemple des artistes thérapeutes, des art-thérapeutes, des parents, des kinésithérapeutes, des usagers de l'hôpital, des personnels paramédicaux, des psychothérapeutes, des médiateurs ou des guérisseurs, etc.

Les médecins, étant les premiers concernés, doivent envisager de rencontrer les professionnels locaux qui maîtrisent bien la zone et qui ont le pouvoir de rassembler la population de proximité afin de partager la responsabilité de l'étude et de la mise en place de l'éducation sanitaire.

Par ailleurs, il est encore important de savoir jusqu'où le personnel médical est capable de fournir des connaissances sur cette question et jusqu'où il a besoin d'être soutenu pour mener à bien la politique de l'éducation sanitaire.

À chaque fois qu'un nouveau projet est envisagé, il faut prévoir les objectifs à atteindre, mais aussi chercher à tous les niveaux, la collaboration avec les organisations actrices du domaine, les partenaires comme il a été fait dans la Convention de 1999 « *Culture à l'Hôpital* »⁴⁵⁶ précisant que cette responsabilité est partagée par un bloc des partenaires. Il y a aussi les autorités d'enseignement, les directeurs d'écoles, puisque les établissements scolaires sont les plus ciblés par l'éducation sanitaire, les maisons de retraites et de repos. Sont également responsables les associations artistiques et éducatrices et les organismes civiques ainsi que, de façon générale, les regroupements qui participent aux démarches éducatives et qui assurent le progrès de la vie sociale.

Il serait absurde de ne pas évoquer la responsabilité de la population elle-même qui peut envisager une démarche d'éducation sanitaire lors d'une épidémie par exemple ou tout autre fléau qui frappe la population. Elle peut aussi mettre en place une campagne de salubrité des eaux, en faveur de l'hygiène et la propreté ou pour appuyer la vaccination.

Certains exemples sont bien évidemment à retenir. En Angleterre dans la zone de Birmingham en octobre 1953, une campagne d'hygiène des pieds a été initiée par la collectivité, même si c'était une initiative d'une durée très brève. Dans cette initiative, il y avait un appui donné par le *Foot Health Educational Bureau* du *Centrant Council for Health Education* en partenariat avec le *City Council* de Birmingham. Pendant la campagne, des consultations préliminaires ont été organisées avec des partages des compétences entre les autorités sanitaires locales et les éducateurs sanitaires d'une part, par le maire et le président

⁴⁵⁶ *Le Cercle des Partenaires de la culture à l'hôpital*

Le Cercle regroupe :

- le ministère de la Culture et de la Communication (directions centrales et directions régionales) ;

- les entreprises et fondations suivantes : la Fondation Air France, la Fondation Banques CIC pour le Livre, la Fondation Bayer-Santé, la Fondation Hachette, la Fondation France-Telecom, la Fondation Ronald McDonald, la Fondation Suez Lyonnaise des Eaux, l'Institut Électricité Santé, le Laboratoire Glaxo-Wellcome, Lego-France et enfin Sanofi. Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

de la commission, d'autre part. Des lieux d'expositions suivis par une série des réunions ont été mis à la disposition des habitants par des fabricants des chaussures. Cela a permis aux habitants locaux d'avoir un autre point de vue sur la qualité des chaussures à retenir. La population s'est totalement impliquée et en a tiré un enseignement éducatif pour la protection des pieds.

Un autre exemple : des associations des parents et des maîtres d'école ont contribué au changement apporté sur le repas de midi. C'est désormais l'école qui s'en occupera au détriment des vendeurs ambulants qui viennent s'installer devant les établissements scolaires. L'article L.1417-1 du Code de la santé publique dispose que : « *Un établissement public de l'État dénommé Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a pour missions :* 1° *de mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L.1411-6 ;* 2° *d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;* 3° *d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;* 4° *de participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;* 5° *d'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret.*

*Cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé et concourt à la politique de santé publique. L'Institut apporte son concours à la mise en œuvre des programmes régionaux de l'État. »*⁴⁵⁷

Il est indispensable de retenir aussi le rôle que joue le CESC (Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) dans la politique éducative de santé. Cette institution fait suite à la politique éducative prévue par les Comités d'environnement social mis en place depuis 1990. Elle fédère l'ensemble des partenaires responsables institutionnels. Il s'agit ici d'un établissement ou d'un groupe d'établissements d'une part, et, d'autre part, des adultes et/ou des élèves de la communauté scolaire. Les établissements scolaires ne peuvent œuvrer dans cette démarche, ils associent les institutions partenaires avec les acteurs locaux tout en tenant compte de leur diversité : la gendarmerie, la police, la justice, les représentants des collectivités locales, les associations culturelles et sportives, les compagnies de théâtre, les entreprises de transports urbains et les structures de prévention à proximité du public. Dans tous les cas, chaque établissement scolaire garde sa place de maître d'œuvre pour sa politique éducative et préventive, mais il ouvre la voie vers le dialogue, la négociation et le partage d'informations pour s'enrichir de l'expérience des autres pour pouvoir enfin remplir au mieux ses missions.

Dans cette philosophie de savoir-faire, le comédien participe activement à la bonne marche de l'éducation citoyenne au sein des écoles, organise sous la supervision des établissements scolaires, la prévention des dépenses, démontre par des petits sketches les conduites à risque, assure avec les autorités de l'établissement scolaire le suivi des jeunes

⁴⁵⁷ Code de la santé publique, (Nouvelle partie législative), Chapitre 7 : Prévention et éducation pour la santé, (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 79 I *Journal Officiel* du 5 mars 2002 et Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 7 I, II *Journal Officiel* du 11 août 2004).

élèves au sein et en dehors de l'école en faisant appel aux spécialistes : les médecins et leurs corps professionnels, assistantes sociales de l'Éducation nationale et autres.

Ce projet est soutenu par « *la gestion d'une ligne budgétaire réservée au soutien de structures (surtout les Comités d'éducation pour la santé) ou à des programmes d'éducation et de promotion de la santé. Des organismes ou des dispositifs nationaux sous tutelle directe ou indirecte du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, interviennent directement dans le champ de la promotion de la santé : le Haut Comité de la santé publique (HCSP), le Réseau national de santé publique (RNSP), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le Conseil national du sida (CNS), l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) et plusieurs délégations interministérielles : la Délégation interministérielle à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en difficulté (DIJ), la Délégation interministérielle à la ville (DIV).* »⁴⁵⁸

Cette responsabilité est partagée par les Comités d'éducation pour la santé qui forment un réseau français qui œuvre au développement d'une activité généraliste distinctive en éducation de santé et pour sa promotion. Il est donc mandaté par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville pour initier et mettre en œuvre les actions qui ont pour but la promotion de la santé qui se résument dans le champ de l'I.E.C (Information, Éducation et Communication). Il intervient par conséquent, à différents niveaux :

« - *mise en œuvre des actions nationales inscrites dans le cadre des orientations de la politique de santé publique ;*

- *réalisation et coordination des actions spécifiques en relation avec les organismes publics qui l'en missionnent ;*

- *observation et mesure des évolutions des attitudes et des comportements de la société, afin d'apprécier les obstacles à une communication efficace ;*

- *renforcement des messages d'éducation et de promotion de la santé par l'appui aux actions éducatives de proximité.* »⁴⁵⁹

a) La légitimation de l'éducation sanitaire

Tout d'abord, la responsabilité de chacun n'est pas entière dans la légitimation de l'éducation pour la santé. C'est une raison avancée par des analyses scientifiques et médicales qui précisent la présence d'une influence qu'elle soit positive ou négative, entraînée par plusieurs facteurs environnementaux. Il est clair que l'être humain endure de la part de son milieu environnemental tout un enchaînement d'influences qui peuvent être à la fois bénéfiques et nuisibles ou l'un des deux. C'est pour cela qu'il faut en tenir compte avant d'étudier les éléments et les facteurs strictement cognitifs et même psychologiques ou proprement sociaux et économiques. Suite à leur échec en matière d'éducation pour santé, les personnes démunies présentent des problèmes économiques conséquents. Ce sont des idées recueillies lors des assises théâtrales où chaque participant dévoile et analyse en groupe ses

⁴⁵⁸Faculté de droit et de science politique de Rennes Laboratoire d'Étude du Droit Public, « *L'éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens* », Sous la direction de M.-L. MOQUET-ANGER, Professeur de droit à l'université de Rennes-I, Colloque pluridisciplinaire, Faculté de droit et de science politique de Rennes, Rennes - 24 et 25 septembre 1998, p. 108.

⁴⁵⁹ *Ibid.*

problèmes pour appréhender une solution au détriment des facteurs de risques liés à la restructuration de l'état de santé ou à l'étude des pathologies.

Il est également logique de prévoir dans les milieux scolaires l'intégration de la démarche de l'éducation pour la santé au profit des enfants de toute catégorie, surtout les plus défavorisés tant socialement que culturellement. Dans cette perspective, une logique de partage des responsabilités s'impose entre les milieux hospitaliers et les établissements scolaires dans le cadre de la prévention de santé. Il s'agit davantage d'une question d'éducation à l'hygiène publique.

« Ce serait faire preuve de naïveté que de croire que l'éducation pour la santé n'est assurée dans et par les établissements de santé que depuis son inscription dans le texte de la loi Évin. En réalité, dans ce domaine de l'éducation comme dans la majorité des domaines qui relèvent du droit de la santé publique, le droit n'a fait que reconnaître, certains diront consacrer, une pratique déjà développée dans l'ensemble des structures de soins, fussent-elles publiques ou privées. Néanmoins, en inscrivant cette mission dans le texte de 1991, le gouvernement et le Parlement ont souhaité donner une cohérence et une plus grande efficacité aux multiples initiatives individuelles. Une pratique de "bon sens" antérieure à la réforme de 1991 [...] Cette pratique de "bon sens" était déjà largement développée dans les structures hospitalières, et ce, avant même son inscription dans un texte. »⁴⁶⁰

Cette pratique devient dispensable dans la médecine, c'est pourquoi la loi du 31 juillet 1991⁴⁶¹ l'a institutionnalisée. Cette institutionnalisation avait une double nécessité : d'un côté, la mission proprement dite de l'éducation sanitaire et le corollaire des autres missions qui sont liées aux hôpitaux, et, de l'autre, la promotion de la santé liée à l'information du patient et à sa prévention. Les missions de l'établissement de santé sont élargies surtout à la prise en charge globale du malade et à ses traitements avec ou sans hospitalisation. C'est dans ce sens que la loi de 1991 a fait de l'éducation à la santé une mission d'ordre ou d'intérêt général sur le territoire français.

b) Une responsabilité partagée : l'entrée de l'éducation à la santé dans les milieux scolaires

Les explications précédentes montrent que l'éducation à la santé ou pour la santé n'est pas, en soi, une responsabilité individuelle, mais plutôt collective. Les professionnels de tous les domaines sont les plus concernés pour la mise en œuvre. Les établissements scolaires représentent des cas spécifiques selon leur taille et leur poids dans l'éducation, ainsi que leur attachement à des enfants, des adultes, des jeunes et des enseignants. Il est admis que la santé est suffisamment importante pour ne pas être laissée, dans tous ses aspects, à la seule responsabilité des médecins, mais aussi d'un autre point de vue, son éducation n'est également pas anodine pour qu'elle soit laissée, jusque dans ses moindres détails, à la seule discrétion des enseignants.

C'est une question qui implique de façon collective la société, les enseignants, les enfants et les parents et ils doivent jouer tous ensemble un rôle très actif dans la vie de tous les jours, sans la moindre négligence, dans le domaine de la santé comme dans celui de

⁴⁶⁰ *Ibid.*, p. 159.

⁴⁶¹ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Version consolidée au 15 décembre 2017.

l'éducation sanitaire. Elle apporte à celui qui l'incarne une qualité de vie saine dans toutes ses dimensions : sociale, mentale, affective, morale tout comme dans sa dimension physique.

Le cadre du système de l'enseignement doit jouer un rôle essentiel pour inculquer aux élèves dès le plus jeune âge qu'il faut s'habituer à avoir un mode de vie équilibré et hygiénique. Les enseignants comme les artistes sont bons pour transmettre des savoirs même si parfois ils imposent leurs connaissances. Il est important donc de prévoir dans le programme de chaque enseignant une formation parallèle à un processus de développement de la notion de l'éducation sanitaire.

Marie-France Pagenault, ancienne principale du collège Les Ormeaux à Rennes, explique ou démontre clairement l'entrée de l'éducation sanitaire à l'école et le travail d'un enseignant dans la démarche éducative pour la santé publique. Selon elle : « *Après l'arrivée progressive de la mixité à l'école (1965, création des Collèges d'enseignement secondaire) et surtout après l'onde de choc de Mai-68, la remise en cause d'un certain nombre de valeurs, l'apparition de nombreux conflits parents-enfants nés de la fracture entre l'éducation super-protectrice des familles attachées à tenir leurs enfants à l'écart de tout ce qui pourrait les troubler et la liberté nouvelle des relations garçons-filles, l'Éducation nationale a jugé nécessaire de rompre la loi du silence qu'elle s'imposait jusque-là, pour venir en aide aux parents dans leur tâche éducatrice.*

Les deux circulaires de février et juillet 1973 se sont d'emblée situées à la fois sur le terrain de l'information et de l'éducation sexuelles : en classe, elles introduisent dans les programmes les connaissances indispensables concernant les fonctions vitales, le corps humain, la reproduction, et recommandent aux enseignants tact et prudence, mais aussi de fournir des réponses claires aux demandes des enfants ; en dehors des cours, elles permettent des réunions facultatives sur l'éducation sexuelle, avec l'accord des parents et des intervenants extérieurs, sous leur contrôle, dans le respect de la pluralité des convictions. »⁴⁶²

Elle illustre aussi par ses expériences quelques attitudes des jeunes permettant ou facilitant l'accès de l'éducation sanitaire en milieu scolaire. Elle précise que : « *D'autres comportements à risques vont inquiéter l'institution : alcoolisme, tabagisme, drogues, d'autres encore avec le temps. De nouvelles circulaires paraîtront, des équipes de personnels formés aux problèmes des jeunes se constitueront (adultes relais, etc.). D'autres interventions de partenaires extérieurs auront lieu, avec l'accord du chef d'établissement, à l'initiative en général des Professeurs de sciences naturelles dans le prolongement des cours, du service de santé scolaire ou des infirmières d'établissement, mais sans véritable succès.*

On se rend compte que l'information que reçoit le jeune fournit des arguments si rationnels qu'il n'a d'autre choix que de s'y conformer ou de culpabiliser. La persuasion sous-entend l'idée de mal, de peur, de devoir, et il s'opère un rejet. Il est difficile de tenir un équilibre respectant la sensibilité de chacun. Il ne reste alors de ces opérations que les affiches antitabac dont nos élèves ont décoré leur chambre, affiches où sourient de petits bébés roses ou de jeunes cow-boys fiers de ne pas fumer. Le thème de la maladie, lui, n'a pas d'effet mobilisateur. »⁴⁶³

⁴⁶² Faculté de droit et de science politique de Rennes Laboratoire d'Étude du Droit Public, « *L'éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens* », Sous la direction de Marie-Laure MOQUET-ANGER, *op. cit.* p. 138

⁴⁶³ *Ibid.*

L'enseignant peut jouer le rôle d'auteur/metteur en scène pour mettre en place des pièces de théâtre exploitant des thèmes de santé. Par exemple comment utiliser le préservatif ? Comment vivre avec une personne atteinte de la maladie du sida (sida) ? Comment lutter contre le cancer, le tabac, la filariose, etc. ?

Une démarche exemplaire à retenir pour assurer le bon fonctionnement de l'étude de santé dans les établissements scolaires est celle qui est prévue par l'Université de Rennes, Laboratoire d'étude du Droit public et Faculté de Droit et de Science politique :

« – mise en place d'une structure de coordination ;
– formation des volontaires, enseignants et professionnels de santé ;
– première approche mobilisatrice des élèves par une enquête participative qui permet de faire une analyse de la situation ;

– mise en œuvre d'actions pendant les cours, à l'intérieur des programmes scolaires (élaboration de modules pédagogiques thématiques et interdisciplinaires : eau, environnement, sport) et hors cours (ateliers, boîte santé, alimentation, réseau européen), avec intervention des personnes-ressources nécessaires. N'étant pas spécialistes de santé, les Professeurs développent beaucoup d'actions dans le champ relationnel : relations avec les adultes, relations entre pairs, relations avec l'environnement et le cadre de vie.

Une évaluation positive, réalisée au cours de la troisième année du projet par un médecin stagiaire de l'École nationale de la santé publique, confirmera l'entrée de la santé globale dans l'établissement. Mais le projet ne concerne qu'un tiers des professeurs : le collège est à deux vitesses et il faut éviter la fracture. »⁴⁶⁴

c) Un réseau national d'éducation pour la santé publique soutenu par le théâtre

Y a-t-il une relation ou un lien juridique entre ces deux principes de santé ? Sont-ils une source de conflit ou des normes complémentaires ? Le premier principe n'est-il pas inclus directement ou indirectement dans le second ?

Il est possible qu'il y ait des hypothèses et des normes contradictoires entre ces deux principes. D'une part, la jurisprudence administrative et constitutionnelle n'a toujours pas évoqué la présence des éventuelles contradictions à ces principes. D'autre part, le droit lié à la liberté de l'enseignement qui est une des valeurs constitutionnelles, pourrait d'un cas à un autre constituer une limite à la norme de protection de la santé tout en considérant bien sûr que l'éducation sanitaire, éducation pour la santé – ou à la santé –, reste une composante de cette liberté d'enseignement qui est tout simplement reliée à la protection de la santé. Pour mieux élargir cette hypothèse, certaines exigences rattachées à la liberté individuelle pourraient, de la même manière, prendre le devant sur le droit à la protection de la santé, lorsque l'information véhiculée est susceptible de porter atteinte aux droits et aux libertés fondamentales de l'individu tels que : liberté d'aller et venir, d'expression, de religion, libertés de réunion, d'association, etc. « Mais, en général, les conflits portent sur l'application de règles sanitaires de valeur législative ou réglementaire que le juge ordinaire ne rapporte pas nécessairement à des règles plus générales de valeur constitutionnelle. »⁴⁶⁵

⁴⁶⁴ *Ibid.*, p. 140.

⁴⁶⁵ *Ibid.*, p. 63.

Il est bien affirmé dans une analyse donnée par Guillaume Drago, doyen honoraire, Professeur de droit public à l'université Panthéon-Assas (Paris-II), publiée par la Faculté de droit et de science politique de l'Université de Rennes que : « *Le droit à la protection de la santé est, en toute hypothèse, une norme de valeur constitutionnelle dont le contenu reste à définir plus complètement, mais dont on remarque, à analyser la jurisprudence du Conseil constitutionnel, qu'elle tend à l'emporter sur les autres normes constitutionnelles lorsqu'elle entre en conflit avec elles. La mise en œuvre de ce droit est faite par le législateur et le pouvoir réglementaire, sous le contrôle du juge constitutionnel, mais surtout du juge de l'excès de pouvoir qui en mesure les effets sur le plan du respect des libertés fondamentales, avec un bon équilibre des droits en présence, nous semble-t-il.* »⁴⁶⁶

Il a donné un point de vue juridique précisant que l'éducation pour la santé ne présente pas une valeur constitutionnelle, selon lui, elle n'est qu'une organisation du service public au sein de soins de santé. Il précise que : « *Quant à l'éducation pour la santé, ce n'est pas en soi une norme de valeur constitutionnelle, mais un mode d'organisation du service public de l'enseignement qui utilise les principes de la protection de la santé et dont le rattachement au droit à la protection de la santé, règle de valeur constitutionnelle, tient à leur fondement commun, la réalisation progressive d'un objectif de santé pour chaque citoyen, quels que soient sa condition, son statut ou son âge. Cet objectif se rattache à l'objectif de santé qui est celui des organisations et instances internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé. Mais l'éducation pour la santé connaît des fondements "lointains" dans la liberté de l'enseignement, les droits de la famille, le Préambule de 1946⁴⁶⁷ dans ses alinéas 10 et 13, dans la liberté individuelle, sans nier les possibles conflits et contradictions entre ces libertés et principes, comme si éducation et santé étaient plus susceptibles de conflit que d'harmonie. Il faut y ajouter la règle tirée de l'article 34 de la Constitution selon laquelle seul le législateur est compétent pour fixer les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, ce qui doit conduire à considérer que l'éducation pour la santé, principe législatif, doit se concilier avec les libertés publiques, en particulier la liberté individuelle.* »⁴⁶⁸

Il considère dans ses démarches d'analyse que cette éducation n'est qu'un procédé permettant d'atteindre les objectifs de santé. Il faut donc se rappeler que : « *La protection de la santé, de la santé publique tout spécialement, telle qu'elle est entendue par le Conseil constitutionnel, peut conduire à faire prévaloir les objectifs de santé publique et les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs (vaccinations, contrôles obligatoires) sur certaines libertés individuelles. M. Moreau soulignait cependant que " pour les juges administratifs et judiciaires, la balance est plus équilibrée, peut-être même défavorable à l'intérêt de la santé publique, lorsque celui-ci s'oppose à tel ou tel aspect de la liberté individuelle [24]" et il se posait la question de savoir pourquoi. Ne serait-ce pas parce que le juge ordinaire, qui doit régler des conflits individuels et doit prendre en considération des situations personnelles, est plus sensible aux effets du droit sur les libertés personnelles parce qu'il voit directement les*

⁴⁶⁶ Ibid.

⁴⁶⁷ Constitution française, octobre 1946.

⁴⁶⁸ « L'éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens », op. cit. p. 63.

*effets de sa décision, alors que le juge constitutionnel pose les problèmes dans leur généralité en ne réglant que des conflits de normes somme toute assez abstraites. »*⁴⁶⁹

Il a achevé ses analyses par une petite conclusion donnant une directive qui peut rapprocher ces deux principes de santé. Selon lui : « *Pour que les principes de protection de la santé et d'éducation pour la santé soient mieux respectés, faudra-t-il à nouveau inscrire dans notre Constitution ce qu'énonçait déjà la Constitution de l'an III : "Le peuple français remet le dépôt de la présente Constitution à la fidélité [...] des administrateurs et des juges, à la vigilance des pères de famille, aux épouses et aux mères, à l'affection des jeunes citoyens, au courage de tous les Français [25]" ? »*⁴⁷⁰

2) L'environnement facteur d'influence éducative pour la santé

La loi constitutionnelle du 1^{er} mars 2005 relative à la Charte de l'environnement⁴⁷¹ impose en son article 1^{er} que : « *Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé. »*⁴⁷² Toutefois, elle demande à tout un chacun de participer aux progrès et à la protection de l'environnement dans son article 2 qui dit que : « *Toute personne a le devoir de prendre part à la préservation et à l'amélioration de l'environnement. »*⁴⁷³

En santé publique, la faune et la flore qui symbolisent toutes les deux d'une manière générale l'environnement agissent sur la santé. Elles représentent l'ensemble des facteurs physiques et chimiques d'une part, et, d'autre part, des facteurs microbiologiques. Cependant, pour qu'il y ait une santé meilleure, il faut un environnement sain. Elles sont donc la clé du bien-être, comme il a été bien affirmé par l'Organisation mondiale de la santé pour laquelle l'environnement est la clé d'une santé meilleure lors d'une conférence ministérielle à Londres, du 16 au 18 juin 1999 qui avait comme thématique d'étude « *Santé et environnement »*⁴⁷⁴. Dans ces assises, les participants essaient d'inclure dans la philosophie du terme « *environnement* » certains paramètres physiques attachés aux milieux comme l'eau, les transports, la pollution de l'atmosphère, l'impact des déchets et surtout certaines activités humaines non négligeables telles que les violences urbaines, les airs ambiants, les déboisements, les accidents domestiques, etc. Il existe en quelque sorte une source de danger qui tient précisément à la présence de multiples phénomènes naturels et de nombreuses activités économiques liées à l'énergie et à l'industrie. Il est indispensable d'évoquer encore les lieux d'activités humaines comme l'habitation et les lieux de travail. Il a été reconnu que les eaux, la chaîne alimentaire, les rayonnements ionisants, l'air ambiant de l'intérieur et de l'extérieur sont tous des vecteurs de maladies et de microbes entre l'environnement et l'être humain.

Dans le terme « *environnement* », il peut y avoir deux catégories d'environnement : la première est liée à la recherche et à la découverte scientifique, la seconde est rattachée aux besoins sociaux et culturels. Cette dernière apporte peu à la recherche scientifique selon certains courants médicaux, mais pour les sociologues, elle est une déterminante importante

⁴⁶⁹ *Ibid.*

⁴⁷⁰ *Ibid.*

⁴⁷¹ *Loi constitutionnelle n°2005-205 du 1^{er} mars 2005 relative à la Charte de l'environnement (JORF n°0051 du 2 mars 2005 p. 3697)*

⁴⁷² *Ibid.*

⁴⁷³ *Ibid.*

⁴⁷⁴ Londres, le 18 juin 1999, Déclaration de la troisième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé.

dans la vie sanitaire de tout un chacun. La médecine s'intéresse et cherche à prendre en compte beaucoup plus ce qui influence ou qui motive rapidement l'apparition ou le déclenchement des nombreuses pathologies bouleversant la santé de l'homme. La démarche d'étude sur l'éducation à la santé ou pour la santé retient et considère fermement que l'ensemble des facteurs des pathogènes externes et internes ayant un impact sur la santé de l'homme peuvent être des substances chimiques, des radiations et/ou des génétiques.

Hippocrate avait pour philosophie de ne pas juger une partie du corps sans avoir la possibilité de connaître le tout puisqu'il est indissociable de son milieu. Pour bien mettre en place une éducation pour la santé, il faut prendre en compte les saisons, connaître les vents et la qualité des eaux, étudier l'état du sol ainsi que la qualité de vie des hommes.

Pour ce qui est de l'hygiène sociale, elle prend en considération l'être humain tant dans ses comportements que dans ses traitements des infections soumises à l'influence de l'espace social. L'éducation pour la santé considère l'hygiène comme une synthèse de ces différentes étapes et cela concerne d'un côté le milieu physico-chimique du cadre de vie et, de l'autre, le mode de vie.

Louis Pasteur obligeait ou proposait, dans la démarche éducative de la santé, d'observer en masse les milieux dans lesquels se développent les microbes. Il prenait comme exemple des endroits simples où évoluent les microbes comme sous les ongles ou dans les puits des rues, des jardins, etc. Ces analyses avaient des conséquences directes sur les mesures à prendre au niveau de l'assainissement, de l'immunisation et/ou de toutes sortes de luttes anti-infectieuses qui influenceraient la baisse massive du taux de mortalité.

Certes, l'alliance entre santé et environnement reste une évidence pour l'opinion publique, mais elle est un défi pour ceux qui recherchent des informations crédibles et précises. Elle est prise en compte au niveau de l'évaluation et de la gestion du risque dont découle le développement des principes de précaution que le professionnel médical cherche à mettre en place pour la protection et la prévention sanitaire.

La prévention, qui est un élément indispensable de l'éducation sanitaire, intervient aussi bien dans l'influence des facteurs de risques que sur les compréhensions épidémiologiques. Elle est donc divisée en deux parties complémentaires : la prévention passive qui demande un degré très élevé de changement des comportements immédiats et la prévention active qui touche directement le grand public et qui appelle tout individu à participer à la démarche hygiénique. Ainsi ces deux parties s'inscrivent-elles dans l'ensemble du champ éducatif de la santé publique.

Dans ces deux cas se trouvent les mêmes objectifs prévus par le comédien thérapeute qui cherche dans ses ateliers théâtre à influencer sur les comportements du patient en particulier ou de l'homme en général. En revanche, la prévention dite active réclame davantage de prise de conscience tant pour des individus que pour des collectivités. À défaut d'environnement sain, il n'y a pas de santé meilleure. Cela signifie que l'éducation sanitaire ou l'éducation pour la santé a échoué dans ses missions, une idéologie partagée par plusieurs artistes dramatiques.

a) Soutien des patients à l'insertion sociale

Face à la maladie, le théâtre se donne une mission d'éducation pour tous les patients pour lesquels la vie est ce qu'ils ont de plus essentiel. C'est donc dans l'atelier théâtre – santé

que l'artiste soutient ses patients ou toute personne participante et leur entourage pour faire face à une période particulièrement pénible de leur existence. L'information à donner aux malades et à ses proches doit prendre l'aspect d'une aide et d'un encouragement leur permettant de faire une pause dans certains traitements jugés lourds et fatigants et d'oublier même pour quelques heures que leur vie est en danger. À travers le jeu dramatique, le patient peut garder en mémoire l'idée que la vie de demain ne sera peut-être plus jamais comme celle d'aujourd'hui, ça lui permet de rêver à la vie d'avant la maladie ou l'accident. Au-delà de tout objectif thérapeutique, cette démarche stimule le patient et facilite sa participation au processus de soin et à la guérison.

Le patient trouve l'opportunité de s'exprimer et la voie pour extérioriser son mal-être sans être forcément obligé d'en parler avec des mots, le gestuel pouvant évoquer plusieurs émotions. Ces moments partagés entre le malade, les soignants, sa personne de confiance, sa famille, et l'artiste constituent des voies d'expression vers l'extérieur. Ils considèrent ces moments d'échanges comme de nouveaux espaces d'expressions et de communication durant l'hospitalisation. Le jeu théâtral devient pour le patient un parcours de soins qui lui restitue un appétit de vie et l'envie de reprendre la vie d'avant.

Prenons par exemple les résidents du CASH de Nanterre qui sont généralement des personnes et/ou des familles en grande difficulté pour discerner et pour trouver seules des réponses adéquates et appropriées dans l'ensemble des dispositifs des pouvoirs publics et du droit commun. Dans cet établissement, il y a des jeunes en galère, des familles expulsées, des étrangers en demande d'asile ou en insertion, des toxicomanes, des sans domicile fixe, des sortants de prisons et des mendiants. Pour toutes ces personnes, l'exclusion ne se vient pas uniquement de la privation d'emploi et de la pauvreté et/ou la misère qui en découlent, il y a surtout une dégradation du corps humain qui est lui-même le symptôme le plus apparent. Il est donc indiscutable que c'est le corps qui souffre.

C'est aussi dans les missions du metteur en scène de faire en sorte que le patient ne diminue pas ses capacités relationnelles, n'ait pas une perte du sens et du goût de la vie, ne perde pas confiance en lui ou dans la société où il vit et surtout ne vive pas l'anéantissement de son identité. La médecine n'offre pas à ces gens-là d'effets miraculeux ou surnaturels quant à l'environnement social qui les menace et elle n'offre pas non plus de solutions à leurs problèmes quotidiens. Nonobstant, seuls le théâtre et d'autres actions culturelles peuvent offrir un soutien à ces groupes d'individus dans les différents axes d'insertion que sont l'emploi, le logement, la citoyenneté ou la santé. Les expériences de la médiation artistique des comédiens du CASH de Nanterre ont permis de découvrir et de comprendre que ses résidents en difficultés permanentes sont capables de reprendre des comportements sociables lorsqu'il leur est offert une occasion pertinente de se réconcilier avec eux-mêmes. Les usagers du CASH osent s'insérer dans la société en prenant la parole pour parler, apprendre, juger, réfléchir et répondre à des questions sociales. Petit à petit, ils soignent leurs apparences et prennent place dans la vie sociale et même culturelle de Nanterre. L'objet de cette action théâtrale à l'hôpital a sa propre particularité liée à sa dimension créatrice, à sa capacité à créer rapidement du lien avec soi-même et/ou avec l'autre. Au fur et à mesure, les participants développent la volonté et le désir de devenir autonome, de chercher un travail et enfin d'avoir un logement.

Chaque participant se comporte différemment au sein des ateliers et leurs attitudes se distinguent selon différents axes d'analyse de cette recherche. Le premier axe est celui qui consiste à observer chez le patient le désir de sortir un peu dans sa chambre, de se vêtir autrement, d'être serein, de faire un peu de la curiosité d'esprit, d'écouter et de prendre plaisir. Ensuite, il développe de la concentration, du respect et échange avec l'artiste, exprime de la joie, des expressions personnelles et des jugements esthétiques et échange avec les autres résidents. C'est effectivement grâce à ces analyses que les artistes se sont rendu compte que le patient isolé dans ses quatre murs évoluait très vite et devenait sociable dans le champ de la médiation théâtrale.

Il est important de souligner que c'est dans un travail de groupe que se développent les changements d'aides mutuelles où se concrétise, peu à peu, l'apprentissage des nouveaux comportements que ce soit au plan social, sociétal et familial. C'est donc dans la parole que se présente et représente le moyen d'une prise de conscience de chaque résident. Elle ouvre la voie vers une nouvelle attitude et des postures nouvelles apparaissent à l'égard des autres. Tous ces changements permettent aux résidents de redevenir actifs et acteurs de leur propre vie tout en montrant aux autres la possibilité de trouver un travail le plus rapidement possible.

b) L'enjeu de planification de l'offre de soins

La première difficulté est d'apporter efficacement la démonstration que les conséquences constatées sont dues directement à l'action mesurée et non pas à d'autres influences ou certains changements naturels. Le niveau de l'efficacité dépend surtout de l'objet et du programme de soins envisagés. Il est impératif de modérer son exigence par rapport à telle ou telle ambition. Avant tout, il faut effectuer une étude de l'existant avant de prévoir ce qui est indispensable à la vie médicale de chacun.

La question est de savoir pourquoi le programme de l'éducation à la santé présente des difficultés pour réduire les inégalités en santé publique ?

De prime abord, cela pourrait révéler une moins bonne connaissance des cas ou de l'ensemble des risques présentés. Il y a des cas où les malades, des sidéens par exemple, qui appartiennent à des classes peu favorisées ont des connaissances plus limitées sur les conséquences de la maladie et sur les rapports sexuels non protégés que ceux des catégories les plus favorisées. Il est incontestable en conséquence de retenir l'absence de connaissances comme principale explication. Une autre raison majeure est la difficulté de parler, que ce soit en privé ou en public, de ses problèmes de santé actuels. En partant de ces deux circonstances, chacun constitue un facteur de risque tant pour influencer directement ou indirectement la survenue des maladies – et des accidents – que pour influencer la constance d'autres facteurs de risque. Les catégories sociales les moins favorisées, par exemple, sont soumises à deux cas très critiques tels qu'une situation stressante dans la profession et une menace de chômage plus élevée. C'est pourquoi la plupart du temps, les facteurs de risque s'accumulent au sein d'un groupe de population ou chez certains particuliers raisons pour lesquelles les hommes et les femmes au chômage vivent souvent des situations particulières avec des régimes déséquilibrés, des surconsommations de produits nocifs, comme l'alcool et le tabac.

L'artiste essaie de faire comprendre que les effets du chômage dans la santé représentés ou médiatisés par les comportements seront par la suite mis en scène non pas pour

s'en moquer, mais plutôt pour aider ceux qui veulent s'en sortir. Mais cette approche est de nature structurelle puisque la plupart des personnes en situation défavorisée sont en difficulté pour appliquer les mesures et les conseils de l'éducation sanitaire.

Par exemple, où en est-il des conseils des médecins qui demandent pour avoir une bonne santé de bouger son corps et de faire du sport. Or, la plupart des quartiers des personnes les plus défavorisées ne disposent pas ou deux fois moins d'équipements sportifs que ceux des milieux favorisés.

Sans faire trop de calculs, les inégalités sociales sont des facteurs qui jouent un rôle sur la politique de l'éducation pour la santé et sur l'état de santé générale. Il est en effet démontré que les pays qui parviennent à réduire leur pauvreté observent une amélioration de leur santé publique. Certes, le niveau de revenu est un facteur non négligeable pour la mise en place d'une politique de santé, mais la position relative que représente l'individu dans sa classe sociale influence aussi très vite la santé.

Le chorégraphe/comédien de la Compagnie Zawadanse des Comores, membre fondateur de la Compagnie Bahari (Théâtre), Nouridine Bacar, responsable de la formation aux danses contemporaines au Centre Culturel et des Arts Comoriens, a souligné lors d'une phase d'échanges que la population en situation précaire et pauvre est exclue dans les dépenses de santé. Par conséquent, ces gens deviennent tous des mendiants et des artistes ambulants pour pouvoir survivre. Toutefois, il témoigne du savoir-faire de ces personnes, mais il nie leurs qualités d'artistes professionnels en disant clairement que : « *Tout ce qui bouge n'est pas artistique.* » Il faisait référence au proverbe : « *Tout ce qui brille n'est point d'or.* » Pour lui, être artiste, c'est tout d'abord savoir respecter son métier en maîtrisant un art et une technique qui expriment la créativité, la poésie et l'originalité de sa création sous l'effet de ses actes et de ses gestes.

B] LA RÉGLEMENTATION ET LES MOYENS DE L'ÉDUCATION SANITAIRE

Le Code de la santé publique en son article L.1417-1 précise que : « *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.*

La politique de prévention tend notamment :

1° à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ;

2° à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;

3° à entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ;

4° à promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;

5° à développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ;

6° à développer également des actions d'éducation thérapeutique. »⁴⁷⁵

Le programme d'éducation thérapeutique de l'article L.1161-2 de ce même Code précise que son contenu sera bien validé par le ministère de la Santé et que sa mise en œuvre sera sous le contrôle local de l'Agence Régionale de Santé. Ce programme sera proposé au malade par le médecin traitant qui deviendra par la suite un schéma personnalisé. « *Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.*

*Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de Santé. »*⁴⁷⁶

En revanche, ce cadre d'éducation thérapeutique doit respecter un cahier des charges qui impose des critères d'équipe pluridisciplinaire et des compétences variées, des objectifs définis de population cible, de pédagogie, d'évaluation et de traçabilité, d'organisation entre soignants, de respect de confidentialité d'information et enfin une exigence de qualité et d'efficience.

L'article L.1161-3 du Code de la santé publique définit les principales opérations d'accompagnement qui doivent encore respecter le cahier des charges de la manière suivante : « *Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. »*

La Circulaire du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) de l'enfant et de l'adolescent⁴⁷⁷ manifeste des recommandations pour la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient. Elle affirme dans l'éducation thérapeutique du malade que les maladies chroniques sont prioritaires dans le cadre de la prise en charge de ses pathologies. Cette organisation du système éducatif doit être structurée en réseau de façon prioritaire dans la santé publique et nécessite d'être soutenue. Le SROS prend en charge l'éducation thérapeutique du patient tant à l'hôpital public que dans le privé.

1) La réglementation de l'éducation hospitalière en évolution

La tâche de l'éducation sanitaire dans les milieux sociaux sera d'imaginer ou de projeter une espérance de vie soumise à l'influence de la prévention et de la promotion de la santé. Par exemple : un enfant né dans les années 2000 en Europe a une forte chance de connaître sept générations depuis ses arrière-grands-parents jusqu'à ses arrière-petits-enfants. En France, la prévention de référence et qui a apporté beaucoup plus de fruits est celle de la protection du nourrisson et bien évidemment de sa mère. La médecine a aussi apporté des

⁴⁷⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 79, *JORF* du 5 mars 2002, p. 4118

⁴⁷⁶ Légifrance, Code de la santé publique, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *JORF* n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12184, version en vigueur au 23 juillet 2009. Consulté le 1^{er} février 2018.

⁴⁷⁷ Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent, texte non paru au *Journal officiel*.

changements et des éléments évolutifs à la santé des travailleurs et celle des écoliers grâce à une forte insertion des méthodes de prévention dans le système de l'enseignement scolaire et du travail.

Actuellement, la préoccupation d'éducation, de promotion et de prévention de santé prend une dimension internationale. Une comparaison est initiée entre les pays à fortes morbidité et mortalité et ceux disposant d'une forte organisation des systèmes de soins, de la politique de la prévention et de l'éducation. Les praticiens en milieu psychiatrique favorisent une politique de santé évolutive qui permet de réduire la mortalité et la morbidité dues à des accidents ou des suicides. Il en résulte une diminution des inégalités de santé tout en tenant compte des différentes classes sociales au regard des milieux territoriaux le plus dynamiques. Ils essaient de mettre en place des programmes ciblés sur des maladies précises qui complètent peu à peu la politique éducative traditionnelle, c'est-à-dire toucher en masse le grand public en un temps réduit tout en gardant la notion de gestion des risques en matière de santé. En effet, une bonne éducation de santé tend à réduire tout signe d'apparition ou de développement de telle ou telle maladie. Elle doit agir et prévenir toutes sortes de complications possibles et les éventuelles séquelles. Il est évident que le patient est bouleversé par un événement qui touche non seulement ses comportements, son mode de vie, mais aussi son intégrité physique.

Certaines préventions primaires comme la protection en milieu scolaire ou la politique de vaccination des jeunes reviennent en principe à des équipes spécialisées telles que le service de prévention de la santé au profit des élèves ou celui de médecine du travail pour les adultes. L'éducation ou prévention tertiaire s'intéresse à limiter les séquelles d'une maladie confirmée par l'intervention des spécialistes de la réadaptation des patients par des kinésithérapeutes. C'est aussi le travail quotidien de l'art-thérapeute exerçant son savoir-faire à l'hôpital. Il cherche à redonner une autonomie idéale aux patients atteints d'une maladie chronique en intégrant le système de soins et ses professionnels.

D'autres perspectives sont à prendre en considération sur l'évolution de l'éducation hospitalière : le patient qui auparavant avait de devoirs⁴⁷⁸ s'intéresse aujourd'hui à ses droits tout en gardant sa partie des devoirs. Il en est de même pour les usagers de l'hôpital qui possédaient des droits et qui se voient attribuer un arsenal de devoirs dans le système et dans la politique de santé. Raison pour laquelle l'Union européenne met en place une direction de santé appelée Direction de la Protection des Consommateurs et Santé. Elle est dotée d'une politique démocratique. Elle redonne la chance, la dignité, le respect aux uns et aux autres dans l'ensemble des thématiques liées à la santé. Cette institution et les artistes thérapeutes se mobilisent pour la protection de vie et ils ont le même regard sur l'éducation et la prévention de santé avec des résultats escomptés à partir d'une projection vraisemblable. Cette vision se réfère à une idée très rationnelle, mais moins immédiate selon le rythme de l'évolution sociopolitique qui s'installe au côté des stratégies tant efficaces qu'efficientes du grand service médical rendu pour l'intérêt général. L'artiste, tout comme cette Direction, veut toucher le maximum du grand public ciblé à travers une politique éducative sanitaire.

⁴⁷⁸ Le patient a des devoirs au sein de l'établissement de soins durant son séjour : partager des espaces soumis à des règles hospitalières élémentaires de vie comme celles de sécurité, de relations patient-praticien, mais aussi contribuer au bon déroulement des soins et respecter des mesures d'hygiène.

Les artistes disaient dans plusieurs assises théâtrales que pour réduire le nombre de maladies à traiter, il faut prévenir très tôt. Ce qui facilite une vision à long terme. Il est donc indispensable de prévoir ce qui est de l'intérêt de tous, c'est-à-dire les bénéficiaires d'un côté, et, de l'autre, définir la responsabilité collective qui émerge de la politique dite démocratique et consensuelle. Celle-ci respecte la dignité des patients et des participants ainsi que l'ensemble des mesures déontologiques professionnelles. Cette évolution réglementaire qui œuvre dans la santé garde un œil sur la situation de vie et les moyens financiers de chaque classe sociale pour réduire massivement les risques éventuels de santé. L'Organisation Mondiale de la Santé a donné une définition de la promotion de la santé dans la Charte d'Ottawa en 1986 comme étant « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.* »⁴⁷⁹

En France, il a fallu attendre la Conférence nationale de santé en l'an 2000 pour qu'une précision souligne l'intérêt de développer la notion de la prévention et de l'éducation dans une approbation de promotion de santé qui privilégie beaucoup plus le travail sur les déterminants comportementaux et/ou environnementaux de la santé. La remarque est qu'il manquait des bases juridiques issues de la législation qui détermine les limites d'un territoire d'action en matière de politique d'éducation sanitaire et qui organise un minimum des principes quantitatifs et qualitatifs en la matière. Il y a encore l'application de deux notions : « *éducation pour la santé* »⁴⁸⁰ et « *éducation à la santé* »⁴⁸¹, employées distinctement dans les différents textes officiels et les publications scientifiques en langue française et qui définissent des usages différents. Par exemple : les professionnels médicaux retiennent la santé comme une dynamique d'adaptation permanente, ils utilisent l'expression « *éducation pour la santé* » comme une solution de sauvegarder cette dynamique de santé. Toutefois, les professionnels théâtraux, les artistes et les acteurs du système éducatif utilisent en général la préposition « *à* », l'expression devient « *éducation à la santé* », faisant référence à l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement humain.

Certaines questions méritent d'être posées en vue d'assurer une bonne marche de la politique éducative de la santé publique. Quels sont les principaux concepts retenus actuellement en matière d'éducation pour la santé ? Sur quelle base se planifie l'évolution de ses concepts ? Comment l'éducation pour la santé est-elle liée aux actions culturelles ? Comment est-elle arrivée ou intégrée au système éducatif ou plutôt à l'enseignement ? Y a-t-il une différence entre les solutions du système institutionnel français et celles observées par les pays voisins ?

La question majeure est de chercher à savoir dans quel cadre législatif et/ou réglementaire s'exercent les expressions « *éducation pour la santé* » et « *éducation à la santé* » ? Sans parler de l'éducation thérapeutique de l'artiste, y a-t-il d'autres formes d'éducation qui peuvent être retenues comme ayant obtenu en partie ou en totalité les valeurs et les objectifs escomptés ? Par son activité théâtrale, l'artiste montre de façon ludique comment réduire les facteurs de risque dans la sexualité et enseigne les bonnes postures pour la prévention des maladies chroniques rhumatismales.

⁴⁷⁹ Charte d'Ottawa de 1986, *op. cit.*

⁴⁸⁰ Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

⁴⁸¹ Circulaire n° 2016-114 du 10 août 2016, relative aux orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

La réglementation hospitalière a connu une grande évolution avec le « *Programme de Culture à Hôpital* »⁴⁸² et su accompagner (et accompagne toujours) la médecine ou la chirurgie pour apaiser les douleurs des patients. Cette intégration joue un rôle très considérable sur certaines pathologies chroniques comme le cancer, le diabète, l'asthme, etc. Dans le même domaine, les ateliers dramatiques d'échanges d'éducation pour santé interviennent à la stabilisation du patient avant et après l'intervention chirurgicale ou sur des actions sur l'étude de la rééducation du patient, que ce soit phonique ou physique. Actuellement, le comédien thérapeute met en place une étude spécifique d'accompagnement aux jeunes mamans pour les préparer moralement et physiquement à l'événement de l'accouchement et la prise en charge du nouveau-né.

a) Problèmes juridiques et éthiques relatifs à l'éducation à la santé

Le problème n'est pas si simple selon cette étude, parce que l'éducation sanitaire participe ou œuvre dans deux principes des droits liés directement aux patients et à tous les participants aux actions théâtrales. Il y a le principe du droit à l'éducation et celui du droit à la protection de la santé dont, généralement, la mise en œuvre crée une mission de service public assumée et assurée ainsi que financée par les pouvoirs publics. En revanche, le pouvoir réglementaire et le législateur n'ont jusqu'à présent pas encadré cette activité d'une manière très efficace et suffisante.

Le dispositif actuel ne répond pas efficacement aux mesures de sécurité de santé et ne présente pas toutes les conditions nécessaires pour assurer non seulement le respect des principes du service public tels que l'égalité, la neutralité, mais aussi la garantie de la continuité de l'activité. Ce même problème d'éducation sanitaire se pose quant à son intégration dans les établissements scolaires, c'est-à-dire dans l'enseignement.

Il n'y a pas longtemps que le législateur et le pouvoir réglementaire essaient d'introduire, petit à petit, les actions d'éducation à la santé dans l'enseignement, bien que des études juridiques en démontrent depuis longtemps la nécessité. Actuellement, la notion de l'« *éducation pour la santé* » apparaît dans plusieurs textes avec des objectifs différents sans pouvoir revêtir un contenu ou axer un fond bien précis.

Le fait d'introduire l'éducation pour la santé au sein des établissements de soins impose le droit d'égal accès à cet enseignement à l'ensemble des usagers du service public de l'hôpital. En l'absence de règles spécifiques, l'article 1^{er} de la loi du 10 juillet 1989 peut être interpellé et il précise que : « *L'éducation est la première priorité nationale. Le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants. Il contribue à l'égalité des chances.*

Le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté.

L'acquisition d'une culture générale et d'une qualification reconnue est assurée à tous les jeunes, quelle que soit leur origine sociale, culturelle ou géographique. »⁴⁸³ C'est dans ce sens que les hôpitaux doivent assurer, en matière d'éducation sanitaire, la mission qui

⁴⁸² Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

⁴⁸³ Légifrance, Loi n°89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation, version en vigueur du 14 juillet 1989 au 5 août 1994.

leur est affectée, d'une façon régulière et accompagnée. Ils sont tenus de fixer des objectifs ainsi que des moyens pour les atteindre. Le fait majeur de cette politique est l'insuffisance de ressources humaines pour assurer cet encadrement. Un autre point important est que le dispositif a un caractère beaucoup plus incitatif que contraignant, ce qui fait que plusieurs hôpitaux n'ont pas suivi la recommandation du ministère de la Santé. En effet, cette politique éducative souffre d'un défaut d'organisation juridique à laquelle jusqu'à présent le législateur ne semble pas prêt à remédier tant que la Convention de 1999 donne une marge de manœuvre aux établissements de soins sur l'encadrement professionnel et sur les moyens de financement leur permettant de réduire l'inégalité d'accès à l'éducation culturelle et thérapeutique.

Il est important de souligner aussi que l'éducation pour la santé a une exigence de neutralité à caractère peu contraignant, ce qui constitue en quelque sorte une menace pour la liberté de chacun. Rien ne rassure le patient ou le résident lors de l'activité théâtrale. Or, cette éducation peu contraignante n'a aucune sanction ni pénale, ni administrative ni financière qui condamnerait celui qui n'a ni suivi ni accepté, soit en partie ou soit en totalité, les recommandations formulées par le ministère. Ici tient la différence entre l'éducation pour la santé et l'obligation aux soins ou l'obligation de vaccination. L'injonction thérapeutique ou l'hospitalisation sans consentement, avec leurs mesures fortement contraignantes, ne sont pas applicables dans la politique culturelle éducative.

b) L'éducation à la santé en Europe

Dans la communauté de l'Union européenne, il n'existe toujours pas une définition unique dans son ensemble et sur le plan international. L'éducation sanitaire est liée à ces deux éléments que sont la prévention et la promotion de la santé et qui constituent le corps de la politique sanitaire de chaque pays. Chacun d'eux place sous ce vocable une série d'événements ou d'actions distincts, influencés par des facteurs qui généralement présentent un aspect socioculturel.

Cependant, il y a des actions de voisinage qui sont menées, telles la protection maternelle et infantile, la lutte contre l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme, ainsi que la lutte contre le VIH/sida et autres. Par ailleurs, une liste des objectifs a été établie par l'OMS dans le cadre du projet « *Santé pour tous* ». C'est pourquoi les États européens adoptent une série de politiques de santé qui sont en principe ordonnées par plusieurs ministères ou des entités, régionales, départementales ou communales, ainsi que par la participation des organismes et des associations partenaires. Par exemple, la Grande-Bretagne et quelques pays nordiques ont une vision particulière de la thématique de la prévention qui est beaucoup plus sociale que certains pays du sud de l'Europe.

Tableau⁴⁸⁴ :

Pays	Organismes référents	Missions
Royaume-Uni (47 millions d'habitants)	Agence de Développement de santé : <ul style="list-style-type: none"> - Organisme indépendant - Budget 1999 : 860 millions de FF (financé à 90 % par le gouvernement) 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la qualité et l'efficacité de la santé publique - Mettre en place des études de recherche et d'évaluation - Définir des normes de qualité pour les programmes et actions, et les mettre en œuvre - Diffuser de l'information et réaliser des campagnes média et de dépistages (cancers...) - Participer à la formation promotionnelle
Pays-Bas (15 millions d'habitants)	Institut Néerlandais de Promotion de la Santé et Préventions des Maladies : <ul style="list-style-type: none"> - Organisme indépendant - Budget 1999 : 45 millions de FF 	<ul style="list-style-type: none"> - Informer le public, les professionnels et les responsables politiques sur les conséquences de leurs décisions en matière de santé - Apporter une expertise vis-à-vis des programmes et des actions de promotions de santé - Promouvoir la santé en milieu scolaire - Réaliser des campagnes média - Évaluer les politiques menées
Allemagne (80 millions d'habitants)	1/ Au niveau national : Centre fédéral d'éducation pour la santé (Budget : 60 millions DM)	<ul style="list-style-type: none"> - Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des programmes d'information et de communication - Coordonner et développer les actions d'éducation pour la santé - Élaboration de principes et de recommandations sur les contenus et méthodes d'informations - Soutien à la formation des professionnels - Mener des actions de recherche et d'évaluation, et des partenariats avec d'autres institutions
	2/ Au niveau régional : Centres régionaux d'éducation pour la santé & Associations	
Espagne (40 millions d'habitants)	1/ Au niveau national : Institut national de la santé (Insalud)	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de la santé prévention des maladies - Extension de la protection sanitaire à toute la population
	2/ Au niveau régional : Les 17 Communautés	<ul style="list-style-type: none"> - Égalité des conditions d'accès aux soins

⁴⁸⁴ Ministère en charge de la Santé, « *L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique* », rapport sur la santé en France, publié en 1994 par le Haut Comité de la santé publique avec les recommandations des différentes Conférences nationales et régionales de santé, 28 février 2001, p. 12.

	autonomes peuvent assurer les compétences en EPS, mais il existe de grandes disparités	- Protection maternelle et infantile
	3/ Au niveau local : 126 aires de santé	- Délivrer des soins de santé primaires et les soins spécialisés - Développer des programmes de promotion d'éducation pour la santé
Portugal (10,5 millions d'habitants)	1/ Au niveau national : - Division d'éducation pour la santé au sein de la Direction générale de la santé - Ministère de la Santé	- Fixer les orientations en éducation pour la santé - Donner des avis techniques dans le champ de l'éducation pour la santé - Mise en place des programmes nationaux (utilisation des services de santé, allaitement maternel...)
	- Autres ministres et institutions	- Prendre l'initiative d'autres programmes d'éducation pour la santé (exemple : Le ministère de l'Éducation : programme national d'éducation pour la santé dans 400 écoles)
	2/ Au niveau local : Réseau de 350 centres de santé	- Délivrer des soins de santé primaires - Mettre en œuvre les projets et activités de promotions de la santé et d'éducation pour la santé en partenariat avec les écoles, les municipales, les organisations non gouvernementales, etc.

La question de l'éducation pour la santé en Europe intéresse l'enseignement et elle a été introduite dans les collèges en 1987-1999 sous l'encadrement d'un projet pilote européen, au collège Les Ormeaux de Fontenay-aux-Roses dans les Hauts-de-Seine. Il était question de réaliser dans ce collège une étude de faisabilité d'un projet portant sur l'éducation pour la santé initié par le Conseil de l'Europe en partenariat avec la Communauté économique européenne et l'OMS. Ils ont choisi le collège parce que l'information que reçoivent les jeunes des établissements scolaires fournit des références très rationnelles auxquelles la plupart du temps ils n'ont pas d'autre alternative que de s'y conformer ou de culpabiliser.

Dans ce cadre d'évolution de l'éducation pour la santé, la question de la nutrition reste indispensable aux ateliers de rencontre avec la population défavorisée. Par exemple en France, le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) de Lunéville organise depuis quelques années des ateliers cuisine au profit des personnes en difficulté, hommes et femmes et qui bénéficient des aides sociales comme le Revenu minimum d'insertion⁴⁸⁵ et les aides de l'Agence de Service de Paiement⁴⁸⁶ ainsi que ceux qui bénéficient des bons alimentaires.

⁴⁸⁵ Le revenu minimum d'insertion (RMI) était une allocation française, en vigueur entre le 1^{er} décembre 1988 et le 31 mai 2009, financée par l'État pour ce qui est de l'allocation et par les Conseils départementaux (ex conseil généraux) pour les actions d'insertion. Il était versé par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou la mutualité sociale agricole (MSA) aux personnes sans ressources ou ayant des ressources inférieures à un plafond fixé par décret.

Le principe de ces ateliers est similaire à celui des ateliers théâtre qui essaient de redonner confiance aux participants en les initiant à des moyens et des savoir-faire ainsi que des techniques culinaires plus faciles. L'idée est de leur redonner envie de cuisiner dans le concept de partage et de se faire plaisir. Le groupe se retrouve chaque jeudi matin pour une durée de trois heures ; l'avantage de cette rencontre est qu'à la fin, les plats du jour sont partagés entre participants et également proposés à certains membres de leur famille invités à ces ateliers. Parfois, ils peuvent ramener quelques plats chez eux.

Ces rencontres se veulent être pour eux des moments d'échanges, de loisirs et de dialogues autour des vraies difficultés rencontrées au quotidien. À travers un jeu de rôle, chacun doit parler de sa santé, extérioriser sa pensée, son bien-être ou son mal-être, ses douleurs, ses soucis liés aux enfants, ses difficultés à suivre le traitement, etc. C'est dans cet aspect de travail qu'à la fin des expressions de chacun, l'animateur médiateur entame une phase d'orientation vers l'appétit pour ceux qui ne veulent pas manger ou qui ont perdu l'appétit et répond aux questions des participants abordées au cours de l'atelier tout en veillant à rester positif. Il essaie d'expliquer par exemple comment faire des petites préparations simples et agréables comme la réalisation des sauces au thon, au bœuf. Il forme aussi à la reconnaissance des goûts, des dégoûts ou des aversions à travers les pommes de terre et leurs différentes formes de préparation.

2) Les méthodes et les moyens de l'éducation sanitaire

L'objectif de cette recherche est de relever et/ou de décrire très clairement la place de l'éducation thérapeutique et artistique du malade dans l'ensemble des instruments de planification du système de soins sur le plan national, singulièrement dans les textes promoteurs décrivant les SORS⁴⁸⁷ de la troisième génération. Chaque région facilite l'accès des textes sur le site Internet de l'ARH ou accepte la demande des documents par téléphone à défaut d'accès en ligne. Au niveau de l'analyse cherchant à cerner et à identifier la place réservée à l'éducation thérapeutique du patient dans ce dispositif, dans seize volets obligatoires ou dans un sous-chapitre qui oriente la médecine, consacré à l'étude des pathologies et/ou dans un chapitre entier (qui examine les maladies suivantes : diabète, maladies cardio-vasculaires, insuffisance cardiaque et asthme et autres), dans chaque partie analysée, les outils relatifs à l'exécution d'un état des lieux de l'éducation thérapeutique du patient et ses recommandations ont été repérés :

- trois étapes sont consacrées au niveau des soins de proximité, intermédiaires, de référence ;
- l'alliance avec la médecine ambulatoire et les partenaires des réseaux de santé ;
- la présence d'un projet transversal d'éducation thérapeutique du patient ;
- la mise en place d'une formation d'éducation thérapeutique du patient ;
- la mise en place des mesures d'évaluations des actions menées pour ce projet ;
- la prise en compte de l'éducation pour la santé au sein d'objectifs quantifiés dans la politique publique de santé.

⁴⁸⁶ L'Agence de services et de paiement est un établissement public français qui a été créé le 1^{er} avril 2009. Sa mission est de contribuer à la mise en œuvre de politiques publiques, nationales et européennes, en appuyant les décideurs publics. Elle est le premier payeur européen d'aides agricoles.

⁴⁸⁷ Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

L'éducation de la santé, pour la santé ou à la santé et l'éducation thérapeutique du patient ou pour la santé du patient sont indifféremment employés avec des pratiques souvent non identiques. Ces termes sont tous pris en compte tant dans les actions que pour les relevés réalisés. En principe, l'éducation thérapeutique est au centre de tous les textes des SROS dans leur volet médecine.

Une grande partie des actions menées pour l'éducation du patient concernent d'une part, la prise en charge pédiatrique et, d'autre part, celle de l'insuffisance rénale chronique. La remarque est que cette éducation est peu individualisée pour les soins de suite, de réadaptation ou d'hospitalisation à domicile ou toutes questions liées à la prise en charge des personnes âgées ou touchées par le cancer ou souffrant d'une maladie psychiatrique. En approfondissant un peu l'analyse, l'éducation thérapeutique du patient n'est pas évoquée dans les volets de la chirurgie, de l'imagerie médicale, des soins palliatifs et de périnatalité, de la réanimation, de la prise en charge des patients souffrant d'une maladie cérébrale, des urgences ou des traumatisés médullaires.

Il faut noter que deux propositions de loi cherchaient à améliorer les moyens de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique. La première avait pour objectif d'organiser l'architecture actuelle des dispositifs en place ainsi que les intervenants en matière de prévention d'une part, et, en éducation pour la santé d'autre part, en créant des structures stables et qui appliquent les orientations de la politique éducative. Il s'agit de la création de l'Agence nationale de prévention et d'éducation pour la santé (ANEPS) et celle d'Agences régionales de prévention et d'éducation pour la santé (ARPES) ou celle des Agences régionales de santé (ARS) qui rassemble les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), URCAM et AREPS.

Certes, dans ces deux propositions, des suggestions très intéressantes sont avancées pour les moyens financiers, mais seront mises de côté dans ce travail ; leur approfondissement sera laissé à d'autres. Il y a une grande difficulté à réaliser ou faire un chiffrage précis consacré à cette éducation. Cette dernière est caractérisée par une représentation par rapport aux coûts et à son efficacité. Il faut donc agir comme les Américains qui disent qu'un dollar investi dans la politique de prévention des accidents, routiers par exemple, économise à hauteur de vingt-cinq dollars en matière de dépenses de soins de santé.

a) Quelques textes réglementaires à l'éducation thérapeutique

Arriver à donner des recommandations au système de l'éducation pour la santé impose de s'interroger sur les rôles et les missions attribués à l'hôpital. Parler de certains de ces concepts demande d'une part, la maîtrise minimale des termes et des pratiques hospitaliers et, d'autre part, de maîtriser le cadre organisationnel et réglementaire tellement complexe et qui repose sur une réflexion d'équipe. Il en est de même pour les ateliers théâtre qui demandent une réflexion d'équipe pour pouvoir arriver à leurs objectifs, parmi lesquels stabiliser en permanence le patient.

L'orientation des services de santé est une notion qui résulte de la Charte d'Ottawa pour le bien et la réussite de la politique de la promotion de santé, approuvée par l'OMS en 1986. La démarche initiée par la présente Charte précise les concepts de définition de la santé comme étant une ressource de la personne elle-même évaluée aux déterminants de santé, tels

que les pathologies les plus graves. La philosophie médicale d'aujourd'hui définit la santé comme le silence absolu des organes. Les observations et analyses faites pour des évaluations du programme éducatif du patient facilitent les moyens d'éprouver la faisabilité de sa mise en œuvre dans l'ensemble du système de santé, des soins et des pathologies.

La Charte de Budapest de 1992⁴⁸⁸, retenue comme texte fondateur et complémentaire, redonne du sens encore une fois au métier des praticiens de santé et ses principes s'orientent vers une médecine humaniste fondée sur le bien-être et les soins médicaux socio-économiques de chaque patient.

Il y a aussi la Charte de Vienne de 1997⁴⁸⁹ qui reconnaît les différentes stratégies et les moyens facilitant la mise en place d'un hôpital promoteur de santé. Elle reconnaît l'hôpital comme une institution apprenante tout au long de la durée de son exercice, de sa diversité des professionnels médicaux et paramédicaux, de son environnement, des patients ainsi que de ses usagers. Elle précise que les caractéristiques définissant un hôpital promoteur de santé sont sa qualité de prise en charge des patients qui lui sont adressés. Il en est de même pour les questions de santé de son personnel, des habitants de proximité et pour la surveillance de son environnement dans un but d'interactivité évolutive. Un hôpital dit promoteur de santé peut agir en permanence sur l'histoire, le processus évolutif du soin. Cette évolution ne demande pas seulement une thérapeutique biomédicale inédite, mais aussi une inclusion systématique du malade, asthmatique par exemple, dans le processus éducatif de ses soins.

b) L'éducation du patient en art-thérapie est-elle un enseignement artistique ?

Certes, dans la démarche des ateliers théâtre, il y a des moments où les techniques de la pratique de l'art théâtral s'imposent pour enfin parvenir à l'expression créative de l'art, mais elles ne constituent en aucun cas un apprentissage artistique. La pratique réserve une voie ou une frontière très opportune entre l'apport technique de l'art très affectueux et l'intrusion qui risque d'inciter l'agitation du patient.

Toutefois, entre éducation pour la santé dans l'éducation artistique et art-thérapie naissent des principes et des objectifs ensevelis sous des normes, des techniques et des moyens ainsi que différentes formes de pédagogies à respecter. S'agissant de l'art théâtral dans une pédagogie enseignante, les éducateurs spécialisés en matière artistique véhiculent l'information de la politique éducative du patient sans tenir en eux un sens de formation théâtrale et artistique.

Comment ne pas poser des questions sur l'ensemble des ateliers animés par des enseignants ou bien même des artistes non cliniciens dont le fonctionnement technique et esthétique demande plus de compétences en art spécialisé ?

Pourquoi ne pas soulever le cas de la masse des éducateurs et des animateurs socioculturels qui appliquent l'art-thérapie au détriment de leurs missions initiales qui sont la pédagogie, le loisir, l'épanouissement et la socialisation du patient.

Le théâtre à l'hôpital n'est pas un atelier d'animation culturelle et artistique. Pour le professionnel artistique qui intervient en milieu de soins, il est nécessaire de partager son savoir-faire artistique dans le but de stimuler l'émotivité et l'affectivité par une réflexion

⁴⁸⁸ OMS, Charte de Budapest, 1992.

⁴⁸⁹ OMS, Déclaration de Vienne, 1997.

esthétique. Tout cela constitue une valeur ajoutée au service médical, mais aussi à la rencontre humaine. Ces valeurs thérapeutiques sont escomptées à long terme et à court terme, elles ont un sens occupationnel et didactique. C'est pour cela que dans chaque atelier théâtral et artistique, la présence d'un professionnel médical est vivement sollicitée. Il a un rôle d'observation et de contrôle, il porte conseil à l'artiste et évalue les éventuelles répercussions de l'intervention du comédien-médiateur sur des participants.

PARAGRAPHE 2 - QUEL EST LE STATUT SPÉCIFIQUE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DANS LE « PROGRAMME CULTURE À L'HÔPITAL » ?

Tout d'abord, le projet théâtral prend place sous la forme d'un chantier dirigé par un artiste spécialisé qui mettra en œuvre des actions pérennes. Il aura à travailler à la fois sur un espace interne et externe de l'hôpital pour la politique éducative sanitaire.

L'éducation thérapeutique et les actions culturelles à l'hôpital sont des éléments complémentaires de la politique de santé publique. Cette éducation vise à aider le malade à gérer au mieux son mode de vie perturbée par des maladies chroniques. Le statut de l'éducation thérapeutique est un processus continu qui, en principe, fait partie intégrante de façon régulière de la démarche de la prise en charge. Il a pour objet essentiel d'enseigner à travers le jeu de rôle de type dramatique des comportements considérés comme favorables à la santé. Il existe trois niveaux d'ateliers théâtre à l'hôpital :

- le niveau considéré primaire : c'est toute action culturelle et éducative incitant le malade à renforcer son état de santé ;
- le niveau considéré secondaire : c'est toute information éducative visant à empêcher d'une part la survenance des accidents de santé et, d'autre part, à aider le patient à restaurer son état de santé le plus rapidement possible dans le cas d'une intervention ;
- le niveau considéré comme tertiaire : consiste à toute action ou intervention visant ou facilitant à faire vivre mieux de façon permanente des séquelles de la maladie ou de l'accident. C'est pourquoi dans certains ateliers théâtre les maîtres du jeu reviennent toujours à l'idée que les actions théâtrales interviennent de façon permanente en amont et en aval de la maladie ou de l'accident dont souffrent leurs patients.

L'éducation thérapeutique véhiculée dans l'art théâtral trouve sa place ou plutôt sa justification dans les valeurs escomptées de la santé publique, qui par conséquent mettent en relief l'importance des comportements comme éléments explicatifs ou facteurs de la majorité des décès retenus par la médecine comme prématurés avec une grande possibilité de l'éviter surtout chez les jeunes. Son statut présente effectivement un intérêt autant collectif et économique qu'un intérêt individuel et personnel.

Néanmoins, la place de son statut implique tout le monde dans la démarche éducative de santé surtout ici en France puisque l'État n'a pas le monopole de cette éducation. Bien au contraire, il ouvre la voie pour tous sauf que cette mission d'intérêt général présente dans la société des problèmes d'ordre juridique, sociaux-religieux, éthiques et économiques. Ces multiples problématiques issues de l'éducation thérapeutique du patient soulèvent des questions juridiques et éthiques parce qu'en principe, c'est l'État qui doit garder le monopole de l'exercice puisque cela relève d'une mission de service public, mais à l'hôpital elle est de

plus en plus appliquée par des non-spécialistes du domaine et enfin elle incorpore différents partenaires.

AJ L'ART DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS OU L'ART-THÉRAPIE À L'HÔPITAL

La question de l'art au sein des établissements de santé pose des problèmes sur la limite d'intervention. Le comédien thérapeute reçoit des patients ou des individus au sein de son atelier, que ce soit en cabinet ou en institution, où il travaille soit seul ou en équipe, et il lui est imposé de les prendre en charge à travers ses productions artistiques : chants, peintures, danses, musiques, théâtres ou autres. Il aide le patient à reconstruire son image et à développer ses capacités créatives. C'est un temps de valorisation de soi et de soulagement de ses douleurs et de ses souffrances.

Une question paraît évidente sur cette vision. Y a-t-il une frontière entre le théâtre et l'art-thérapie ? Le théâtre comme activité thérapeutique exercée à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital par des équipes de comédiens professionnels, comment est-il considéré au sein de l'hôpital ?

Cette approche fait allusion à l'effet cathartique du théâtre qui est toujours recherché dans les effets des passions. Certes, cette philosophie de l'art théâtral existe toujours, mais le regard ici est plus avancé. Il cherche à soigner le patient, même si la méthode est considérée comme un peu forte. Il faut tout simplement comprendre que, dans tout cela, il y a une partie du théâtre thérapeutique qui développe la pensée du malade. En restant encore positive, la partie soignante immédiate reste probable. Par conséquent, la plupart des patients participent activement par leur vouloir et non pas par prescription, puisqu'en parlant de thérapie, cela sous-entend qu'il y a injonction.

Danièle Wohlgemuth⁴⁹⁰ lors d'un débat du Séminaire⁴⁹¹ rebondissait sur une réponse qui a été donnée sur la question de la frontière, elle disait : *« J'aimerais qu'on laisse l'intention de guérir au malade et que personne, fut-il artiste, ne vienne s'immiscer dans les souhaits de guérison du malade. Pour moi c'est ça la différence entre l'art et la thérapie. J'aime bien quand ils sont séparés. »*⁴⁹²

Dans la même perspective, Xavier Collal a souligné dans cette séance d'échanges le concept du départ de ce projet en affirmant que : *« Je souhaite rappeler que dans le programme "Culture à l'Hôpital", nous avons évacué dès le départ toute intention thérapeutique et que, du point de vue du ministère de la Culture, il ne serait pas concevable d'impliquer des artistes dans une démarche de soignant. Ils ne sont pas formés pour cela et ce n'est pas l'objectif du programme culture à l'hôpital. Ce qui n'exclut pas que cela puisse engager un certain nombre d'effets sur l'individu comme sur l'institution. »*⁴⁹³

S'il existe une frontière entre ces deux disciplines, théâtre et santé, la ligne de leur séparation reste très mince puisque toutes les deux ont une tradition de rendre compte, l'un et

⁴⁹⁰ Danièle WOHLGEMUTH, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, corédactrice du guide *Faire vivre la lecture à l'hôpital : recommandations et bonnes pratiques* (Dicom, 2008), Danièle Wohlgemuth est référente sur le dispositif « Culture à l'Hôpital » au sein de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Bureau des droits des usagers et du fonctionnement général des établissements de santé.

⁴⁹¹ Actes du séminaire des 30 et 31 mars 2004 au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, *op. cit.*

⁴⁹² *Ibid.*, p.44

⁴⁹³ *Ibid.*, p. 44

l'autre que ce soit de leurs origines où de leurs parcours qu'ils ont à faire ensemble jour après jour.

Reste à savoir s'il y a un moyen de convaincre le personnel hospitalier soignant et non soignant de l'avantage ou du bien-fondé de l'action théâtrale, artistique et culturelle dans le processus de soins afin qu'elle s'installe définitivement dans la vie quotidienne des établissements de santé.

Trouver une réponse à cette question est très difficile parce que le professionnel médical considère qu'en acceptant cela, il manquera à sa mission au sein de son espace de travail. La présence du comédien ou le moment du jeu théâtral créent un bol d'air dans le métier des soignants, au détriment de l'image que reflètent les blouses blanches. Il y a des moments où parler de théâtre thérapeutique à l'hôpital est considéré comme un gros mot. En écoutant les propos de certains professionnels médicaux, il semblerait que leurs critiques portent sur le climat de mal-être que cette activité a introduit dans leur propre champ de travail. Or, tenir ce genre de propos va à l'encontre de l'article 4 de la Convention de 2010 portant sur « *Culture-Santé* »⁴⁹⁴ signée par le ministère de la Santé et le ministère de la Culture et de la Communication qui précise : « *Afin de pérenniser la politique culturelle des établissements de santé, les jumelages seront favorisés entre les établissements hospitaliers et partenaires culturels locaux (musées, monuments historiques, centres d'archives, centres d'art et fonds régionaux d'art contemporain, bibliothèques, médiathèques, lieux de diffusion du spectacle vivant, établissements de formation artistique, pôles régionaux d'éducation à l'image, salles de cinéma, artistes et association culturelle...)*. (...) »⁴⁹⁵

La valeur ajoutée par le théâtre dans les milieux de soins est susceptible de modifier la conception des hôpitaux comme espace de vie. C'est juste un constat de la conséquence de la plus-value des actions artistico-théâtrales. Le comédien spécialisé assure une médiation culturelle interprétée comme un des moyens pour faciliter la réalisation des projets culturels afin de faire revivre au patient sa vie citoyenne, c'est-à-dire renforcer la citoyenneté de la personne par des actions culturelles permanentes. Il est donc question d'ouvrir la voie à la cité au sein de l'hôpital pour garder le lien entre la vie d'hospitalisé et l'environnement extérieur. La cohabitation de ces deux métiers reste indispensable.

1) La Compagnie DELTA 7 à l'Hôpital Paul-Brousse de Villejuif.

Dans le cadre de la Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer, l'Hôpital Paul-Brousse de Villejuif organisait le 21 septembre 2016 une pièce de théâtre s'inspirant des *Fables de la Fontaine*⁴⁹⁶ avec leur partenaire la Compagnie DELTAT 7. À la fin de la pièce, un débat est ouvert, animé par le Docteur Trivalle accompagné par le Docteur Feteanu et le metteur en scène de ladite compagnie, mais le débat a échoué et n'a pas été mené à son terme.

D'autres compagnies œuvrent pour le bien-être des personnes souffrant de cette maladie comme l'Association Art'UP qui participe à la mise en action de la Convention de 1999. Elle travaille avec une artiste plasticienne dans un modèle d'ateliers d'expressions

⁴⁹⁴ Convention, « *Culture et Santé* » signée par le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication, Paris, jeudi 6 mai 2010, *op. cit.*

⁴⁹⁵ *Ibid.*

⁴⁹⁶ Image prise par Lionel MANTOVAN, le 21 septembre 2016 à l'hôpital Paul-Brousse. Annexe numéro 4.

artistiques au profit des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au Centre Hospitalier Henri-Duffaut à Avignon.

L'intérêt particulier que présente cette maladie est que sa progression est liée inéluctablement à l'âge. En général, à partir de 85 ans, un homme sur cinq ou une femme sur quatre sont touchés par cette maladie. L'objectif envisagé ici est de fournir un effort sans précédent pour développer un diagnostic précoce afin de favoriser la prise en charge des patients en les aidant sur trois points essentiels :

- une politique de santé qui demande à améliorer la qualité de vie de chaque patient et de leurs familles ;
- approfondir la recherche pour mieux connaître la maladie et ses avancées ;
- renforcer la solidarité à l'hôpital pour éradiquer les enjeux de société.

Par exemple l'artiste plasticienne Carole Challeau intervient auprès de ces malades pour le motif du premier point : améliorer la qualité de vie de ses patients et de leurs familles. Elle essaie de proposer au patient tout un travail de création unissant différentes techniques du champ du dessin : collage, peinture, récit, photographie et autres, sur un support propre à chacun, un bloc-notes par exemple.

Au-delà de la philosophie du premier point, il y a un exercice commun de mise en place, de réflexion et d'accompagnement pour le bien-être du patient, mais aussi le désir de voir le Centre Hospitalier évoluer dans une action culturelle avec le personnel soignant, le patient et sa famille.

Quant à la Compagnie DELTA 7, elle s'est dotée d'une politique d'intégration du théâtre dans un milieu où la pratique artistique est moins fréquente. Elle vise les trois points précités. Ses ateliers se fondent en principe sur la personne, son désir, sa vie, sa volonté de rencontrer l'autre, le partage des douleurs intimes, mais aussi sur sa maladie et le soin envisagé. Cette compagnie change le mode de vie à l'hôpital avec un regard de l'extérieur. Les artistes retiennent l'idée que le théâtre, quel que soit l'endroit où il est pratiqué, a des effets considérés comme des facteurs essentiels de la vie du spectateur et représente un droit pour tous.

Les artistes cherchent également à faire tomber le rideau qui sépare ou qui isole la création contemporaine et ses différents créateurs et à projeter une réflexion sur les avantages apportés dans le domaine de la santé. Ces artistes se mettent au service de ces patients et leur proposent, selon leur humeur, un atelier collectif dans une salle polyvalente ou de façon personnalisée d'une chambre à l'autre.

Ils proposent des chants, des poèmes, des textes dramatiques pour faire parler les émotions des patients. C'est un moyen de séparation ou plutôt de rupture avec l'état pathologique : créer une disponibilité relationnelle qui incite une stimulation personnelle faisant revenir le plaisir perdu il y a un moment grâce à des gestes, des paroles et des silences. Au final, il y aura une traçabilité émotionnelle dont les résultats peuvent persister tout au long de la journée. L'idée artistique ici est que le patient détendu sera mieux et plus accueillant pour les autres patients.

a) « Qui dit "éducation pour la santé", dit "apprendre sa santé" »

La politique générale du comédien dans ses ateliers est d'apprendre à ses patients ou à toute personne participant à accepter de renoncer⁴⁹⁷ à sa maladie. Pour ainsi dire, les méthodes de traitement des maladies chroniques ont en effet un point similaire. Elles demandent aux patients de changer leurs habitudes et leurs comportements au profit de leur santé. Éradiquer ses douleurs et ses peines signifie apprendre d'autres comportements afin de renoncer à sa maladie, ce qui n'est pas du tout évident. Chaque apprenant considère l'apprentissage davantage comme une formation ou une acquisition. Dès le début de l'apprentissage, le patient doit commencer ses étapes de renoncement, au même moment, le comédien doit lui fournir tous les moyens et les méthodes lui permettant d'adhérer à une nouvelle vie, c'est-à-dire que le patient se lie à un statut de détachement qui jusqu'à présent ne lui était pas imposé.

Le soignant et le soigné ont une phase de réciprocité où l'un et l'autre doivent donner le même sens au regard avec une seule limite : la dignité, le respect et la liberté de chacun. L'artiste thérapeute doit donner et recevoir réciproquement pour reconstruire l'intégrité physique, mentale et psychologique ainsi que sociale du patient. Informer et éduquer le malade est une manière de corriger certaines attitudes dérisoires.

b) L'éducation thérapeutique : une autre forme de formation

Selon ce principe, le participant à l'action culturelle ou le malade apprenant accepte le postulat d'être examiné et il s'engage dans le programme thérapeutique et culturel à devenir le metteur en scène de son propre apprentissage. Par malheur, cette physionomie n'est pas donnée à tout le monde comme une motivation permanente et intrinsèque. En effet, l'objet de la formation sous-entendue repose sur l'idée que la plupart des patients qui ont déjà souffert longtemps de la présence de la maladie reconnue potentiellement dangereuse renoncent au traitement avec impossibilité de guérison, ce qui affecte leur envie de participer à un projet thérapeutique. Il est conseillé de garder la dimension technique attachée à l'enseignement théâtral pour former le patient à chaque étape de sa maladie. Cela lui permettra de renforcer sa capacité à se prendre en charge. Il faut donc lui fournir des nouvelles de bases de vie avec sa maladie et lui dire comment prendre son traitement prescrit par le médecin traitant. Cette formation n'a pas une finalité d'apprentissage tout court, mais c'est plutôt un processus dans lequel se joue l'idée de guérir le plus tôt possible.

Le patient, une fois formé, devient un patient expert qui participe à l'ensemble de la démarche de soins et à la prise de décision le concernant.

2) La qualité des soins attendus

Le comédien doit, dans ces exercices d'art-thérapie, faire une semi-évaluation, d'une façon ponctuelle et complète, du travail journalier de chaque patient. Il doit, à l'hôpital et en dehors de l'hôpital, faire évoluer la prise en charge du malade ainsi que les comportements de

⁴⁹⁷ C'est-à-dire il y a des patients qui s'attachent à leur maladie. Ils considèrent que tout est perdu et qu'ils doivent vivre avec leur maladie jusqu'à la fin de leur vie.

la population de proximité en fonction de leur besoin. Il doit envisager d'inscrire le malade dans une institution de soin pluridisciplinaire en cas de besoin ou de nécessité sous la validation du médecin traitant. Autrement dit, l'artiste thérapeute doit agir en fonction de ses compétences, comme il a été bien expliqué dans le Code de déontologie des art-thérapeutes en son article 16 qui précise que : « *La pratique de l'art-thérapeute ne se réduit pas aux méthodes et aux techniques qu'il met en œuvre. Elle est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique de ces techniques.*

L'art-thérapeute exerce dans les domaines liés à sa qualification, laquelle s'apprécie notamment par sa formation initiale fondamentale et appliquée, par des formations spécifiques, par son expérience pratique et ses travaux de recherche.

Il procède à la réalisation d'actes qui relèvent de sa compétence. L'art-thérapeute accepte les missions qu'il estime compatibles avec ses compétences, sa technique, ses fonctions, et qui ne contreviennent ni aux dispositions du présent Code, ni aux dispositions légales en vigueur. »⁴⁹⁸

Il lui est demandé de renouveler ses méthodes, ses moyens et ses connaissances en vue de recréer une dynamique et un développement de l'action thérapeutique très active dans ses ateliers ainsi que dans les travaux en psychopathologie clinique. C'est une manière de faire progresser perpétuellement la qualité de son travail et surtout les champs de connaissances annexes étroitement liées à l'art-thérapie.

a) Le diagnostic

La question importante est de chercher à savoir si le comédien spécialisé, maître du jeu dramatique à l'hôpital, est habilité à donner ou à informer le patient de son diagnostic.

Pour tout patient hospitalisé ou suivant des soins à domicile, le moment le plus important durant cette période est le jour de l'annonce du diagnostic, qu'il soit positif ou négatif. Dans tous les cas, le plus stressant est le patient souffrant d'une maladie grave avec un pronostic improbable.

La réponse à cette question est claire. L'artiste exerçant à l'hôpital est maître de ses ateliers, mais il est sous la surveillance et les ordres du médecin traitant. Il n'est donc en aucun cas autorisé à donner son diagnostic directement à son patient. Il doit informer par un rapport écrit le médecin traitant qui seul est habilité à informer le patient de l'évolution de son état de santé.

Cependant, le patient qui a bien suivi les ateliers théâtre et qui est bien informé de sa maladie n'a par conséquent plus de surdité émotionnelle, il écoute l'information à tête reposée, ce qui par la suite facilite un échange entre médecin et patient. La tâche du médecin est légère dans ce cas là puisque le patient détient un savoir-écouter devant le professionnel médical. Tout cela ne signifie pas que le patient accepte sa maladie, il est tout simplement motivé par la volonté de guérir. C'est donc ça le but principal de l'apprentissage, de l'éducation sanitaire. Le malade, à ce stade, a hâte de réaliser le projet de vie élaboré lors de l'exercice théâtral et de reconstruire son avenir.

⁴⁹⁸ LPAT, « Code de déontologie de l'Art-Thérapeute », op. cit.

Il faut retenir ici que le patient s'est déjà adapté et s'est préparé moralement à recevoir le message d'une façon éducative selon sa structure mentale, comme il a été éduqué lors des séances culturelles. Ce recueil d'informations données au patient représente une forme de diagnostic éducatif. Chaque mot du diagnostic doit être dit avec une attention et une attitude, en prenant en compte l'espace environnemental et son atmosphère circonstancielle.

b) Une synthèse du diagnostic éducatif

La Haute Autorité de Santé propose dans le programme d'éducation thérapeutique du patient, dans la sphère des maladies chroniques, un schéma⁴⁹⁹ ou un ensemble d'éléments permettant d'établir un diagnostic éducatif de santé. La base est l'ambiance des exercices et la totalité des rencontres du travail. Il faut prendre en considération tout ce que le patient exprime comme nécessité, ce qu'il prévoit de ses attentes ou de ses préoccupations, mais aussi les difficultés rencontrées. Il faut retenir les ressources du patient et tous les facteurs positifs, qu'ils soient passagers ou permanents, et le degré d'intervention ou de soutien de ses proches.

Il y a également d'autres outils de références pour l'élaboration dudit diagnostic afin de définir les besoins et compétences à développer par le malade lui-même et/ou avec l'aide de sa famille ou ses proches :

- les dynamismes d'auto-soins ;
- l'adaptation à sa situation ;
- toutes sortes de volontés qui visent à faire face à l'évolution et aux conséquences de la maladie et de la vie quotidienne ;
- le contrôle et l'analyse des émotions motivées par la mise en situation ;
- la recherche d'un soutien social et professionnel ;
- le niveau de sécurité à renforcer pour ne pas mettre la vie du malade en danger ;
- l'étude fondée sur un niveau de références des besoins propres du patient ;
- le type d'analyse des difficultés et des facteurs de fragilité psychologique et sociale, les troubles somatiques et la prise en charge médicale complémentaire. L'artiste doit noter ou relever les échanges sanitaires effectués avec le professionnel médical, paramédical et/ou social et médico-social. Enfin, il doit préciser, si la nécessité impose, la prise en charge complémentaire vers les différents spécialistes et soumettre la proposition au chef d'équipe médicale traitant.

BJ CONCEVOIR L'ÉDUCATION DE SANTÉ À TRAVERS LE THÉÂTRE

En réalité, pour mieux concevoir un programme de théâtre-santé au profit des patients, cela nécessite des activités caractérisées par une approche concrète et de garder le contact direct avec le professionnel, comme le fait d'initier des projets artistiques soutenus par des dispositifs visant à faire avancer et à renforcer le système de l'éducation sanitaire tel que des masters classes, des ateliers de rencontres et des assises.

⁴⁹⁹ La Haute Autorité de Santé, « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques », Guide méthodologique, mis en ligne le 13 novembre 2007.

C'est une manière de renforcer la place du théâtre à l'hôpital au-delà des textes dramatiques qui parfois font l'objet de distractions et d'études dans l'établissement de soins en développant l'anatomie humaine, encourageant le patient dans ses soins. Certes, l'artiste prend l'occasion d'aborder, directement ou indirectement, les dimensions scéniques, non pas dans l'idée de former des acteurs théâtraux, mais pour atteindre ses objectifs. C'est dans cette perspective que cette discipline artistique et culturelle permettra au patient d'approfondir son enseignement, de modifier ses comportements en associant certaines théories et pratiques du comédien. Ce dernier doit, dans ses ateliers, envisager des objectifs éducatifs lui permettant d'orienter l'échange dans le respect de chacun et dans la démocratie participative :

- discerner les enjeux de la création théâtrale, de l'improvisation et de la dramaturgie ;
- faciliter un travail approfondi sur la maladie du patient et confirmer les mesures sanitaires à maintenir ;
- maîtriser l'espace scénique ;
- prévoir des méthodes visant à développer la créativité du malade ainsi que son imaginaire ;
- apprendre à s'affirmer en public ;
- cadrer sa maîtrise de soi et apprendre à se mettre en jeu ;
- faciliter la découverte des valeurs sociales, de soi-même et le respect de l'autre.

1) L'éducation de santé du patient dans la collectivité

Depuis 1982 et 1983, les lois de la décentralisation ont confié à chaque département le regard et le pouvoir politique sanitaire et social. Actuellement, les départements français sont chargés de la protection maternelle et infantile, ils coordonnent la politique de la vaccination, la prévention du cancer, de la tuberculose et autres. Ils orientent les actions politiques et éducatives en faveur des publics en difficulté et/ou des personnes âgées.

Ils ont la lourde tâche de responsable et de contrôle sur l'ensemble des politiques éducatives et de prévention de certains fléaux, en menant une politique de communication, d'information et d'éducation. Ils prennent les mesures financières qu'en principe, ils coordonnent localement avec les caisses d'assurances maladie, les hôpitaux ou les maisons de soins et les professionnels locaux.

Les communes ont aussi une responsabilité sur la politique de l'éducation à la santé dans le cadre de la politique de proximité et elles jouent un rôle sur les actions sanitaires et sociales envisagées. Elles développent des actions municipales en faveur de la promotion de la santé, mais ne sont pas limitées uniquement à l'exercice du pouvoir de police administrative du maire, par exemple en matière salubrité publique.

Le Code général des collectivités territoriales précise dans son article L.2212-2 que :
« *La police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques. Elle comprend notamment :*

1° tout ce qui intéresse la sûreté et la commodité du passage dans les rues, quais, places et voies publiques, ce qui comprend le nettoyage, l'éclairage, l'enlèvement des encombrements, la démolition ou la réparation des édifices et monuments funéraires menaçant ruine, l'interdiction de rien exposer aux fenêtres ou autres parties des édifices qui puisse nuire par sa chute ou celle de rien jeter qui puisse endommager les passants ou causer

des exhalaisons nuisibles ainsi que le soin de réprimer les dépôts, déversements, déjections, projections de toute matière ou objet de nature à nuire, en quelque manière que ce soit, à la sûreté ou à la commodité du passage ou à la propreté des voies susmentionnées ;

2° le soin de réprimer les atteintes à la tranquillité publique telles que les rixes et disputes accompagnées d'ameutement dans les rues, le tumulte excité dans les lieux d'assemblée publique, les attroupements, les bruits, les troubles de voisinage, les rassemblements nocturnes qui troublent le repos des habitants et tous actes de nature à compromettre la tranquillité publique ;

3° le maintien du bon ordre dans les endroits où il se fait de grands rassemblements d'hommes, tels que les foires, marchés, réjouissances et cérémonies publiques, spectacles, jeux, cafés, églises et autres lieux publics ;

4° l'inspection sur la fidélité du débit des denrées qui se vendent au poids ou à la mesure et sur la salubrité des comestibles exposés en vue de la vente ;

5° le soin de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, telles que les incendies, les inondations, les ruptures de digues, les éboulements de terre ou de rochers, les avalanches ou autres accidents naturels, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours et, s'il y a lieu, de provoquer l'intervention de l'administration supérieure ;

6° le soin de prendre provisoirement les mesures nécessaires contre les personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état pourrait compromettre la morale publique, la sécurité des personnes ou la conservation des propriétés ;

7° le soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par la divagation des animaux malfaisants ou féroces. »⁵⁰⁰

C'est une manière de leur imposer un contrôle autant sur des facteurs d'environnement tels que le bruit, l'habitat, la circulation, l'hygiène que sur les problèmes de drogue, de délinquance juvénile, de violence ainsi que sur l'équilibre alimentaire des enfants à la cantine des écoles. Il est donc question de privilégier les assises et les ateliers de santé à proximité de la population pour assurer une vie sociale capable d'influencer les comportements de la population et de répondre aux questions d'hygiène et de santé :

- écouter les conseils du médecin et du corps médical et paramédical ;
- participer massivement aux actions instituées par le service public ainsi que par des œuvres privées ;
- encourager et adhérer à des mouvements associatifs ou des groupements privés ;
- encourager les actions de loisirs et de distractions de toutes catégories d'âges ;
- favoriser les actions culturelles et religieuses ;
- ouvrir la porte à ceux qui veulent participer aux différentes rencontres de théâtre-santé.

a) Mise au point des méthodes d'évaluation à l'éducation de santé

Il faut tout d'abord vérifier ou cibler les critères d'échec ou de succès parmi les questions qui vont être posées aux participants pendant les exercices et qui serviront à juger

⁵⁰⁰ Légifrance, Code général des collectivités territoriales, version en vigueur au 22 décembre 2014, consulté le 24 mars 2019.

l'éventuelle efficacité du programme envisagé. Rien n'est donc efficace si les buts fixés ne sont pas atteints. Il est toutefois pénible pour la population ou tous les malades d'engager un changement de comportement lorsque les buts envisagés sont inclus dans les habitudes de chacun, et surtout quand il s'agit de changement immédiat. C'est pour cela que les artistes essaient de persuader les patients à travers le jeu de rôle et le jeu d'acteur.

Chaque professionnel a ses propres méthodes d'évaluation. Prenons comme exemple les sociologues qui insultent la personne consultée lors de l'entretien pour observer sa réaction ce qui lui permet d'évaluer la personne ciblée et d'élaborer un programme de soins chez le médecin. Mais les artistes disent qu'il ne faut pas se fier à des méthodes vexantes pour ne pas fausser le déroulement de l'exercice. Ils cherchent ainsi des données fiables pour persuader le patient de suivre au jour le jour les démarches théâtrales et en tirer profit pour sa santé.

La vraie méthode d'évaluation est celle fixée après avoir précisé le but à atteindre et l'activité éducative à introduire dans le projet de l'atelier. Le plus important de l'évaluation doit se fixer sur le progrès de la recherche et non sur les mesures de changement des comportements soit de la population soit du malade faisant l'objet d'évaluation.

Un autre point d'évaluation indispensable est le choix de points de comparaison sur les bases de l'activité envisagée et ses apports sur la santé du malade qui permettront au comédien d'évaluer les progrès accomplis. Chaque jour, le comédien et son équipe doivent faire une pré-évaluation du malade avant le début de l'exercice et après l'exercice.

b) Recommandations

Cette recherche ou l'analyse des principes législatifs et réglementaires portant sur les actions-éducation de santé des enfants, des jeunes et des personnes âgées permet d'envisager des mesures qui doivent être attachées à la politique culturelle de l'hôpital pour donner à l'éducation pour la santé la force et les moyens pour parvenir à ses fins éducatives et éthiques. Pour éviter le dysfonctionnement ou l'usurpation des fonctions entre le soignant et l'artiste au sein de l'hôpital, il serait indispensable de définir le champ d'intervention de chacun et le contenu évolutif de la politique éducative de la santé en matière d'actions culturelles. Ces exercices doivent être proportionnels aux différentes méthodes des artistes déjà disponibles pour éviter que les établissements se trouvent dans l'obligation de faire appel à d'autres partenaires insuffisamment spécialisés ou qualifiés qui appliqueraient des moyens, facteurs d'inégalité à l'accès à l'éducation et aux soins pour tous.

Les agréments donnés par exemple aux associations participantes à l'éducation pour la santé à l'école ont un régime juridique contributif aux établissements scolaires qui mérite d'être changé. C'est-à-dire que le pouvoir réglementaire doit exiger un agrément primitif pour éviter que ces institutions agissent sans garantir le respect de la neutralité. C'est dans ce sens que le ministère de la Santé et celui de l'Éducation peuvent s'inspirer du régime nécessaire accordé aux institutions privées à but non lucratif pour concourir aux objectifs de service public hospitalier. En général, pour les congrégations religieuses, les établissements de soins privés, les acteurs bénévoles, les associations, les fondations, les compagnies partenaires, le législateur leur permet une autorisation administrative octroyée en principe par le représentant de l'État central, le ministre chargé de la Santé, tout en précisant le motif en cas de refus. C'est une autorisation accordée après une étude des objectifs envisagés et des conditions

d'organisation ainsi que du mode de fonctionnement du demandeur, mais elle n'est pas de plein droit, elle est donnée sous réserve de remplir certaines obligations, comme il a été bien précisé dans l'article L.715-6 du Code de la santé publique qui dit que : « *Les établissements de santé privés à but non lucratif sont admis à participer à l'exécution du service public hospitalier lorsqu'ils répondent à des conditions d'organisation et de fonctionnement fixées par décret et qu'ils établissent un projet d'établissement tel que défini à l'article L. 714-11 compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.*

La décision d'admission à participer au service public hospitalier est prise par le ministre chargé de la santé ; le refus d'admission doit être motivé. »⁵⁰¹

Il faut que l'éducation à la santé véhiculée par les actions théâtrales, artistiques et culturelles s'inscrive dans la durée afin qu'elle pérennise cette éducation et garantisse l'information du patient. C'est une manière d'exiger des établissements de soins des programmes bien définis et de leur garantir des moyens matériels, financiers et des ressources humaines. Ceci permettra davantage d'avoir recours aux bénévoles non spécialistes du domaine et aux militants.

Sur ce, il serait judicieux d'intégrer à l'hôpital un corps de soins artistiques et théâtraux, d'où la nécessité d'un diplôme national délivré par l'État sanctionnant une période de formation sur les méthodes des sciences théâtrales favorisant la politique éducative pour la santé publique. Revient ici encore la question du financement de cette nouvelle formation qui reste indispensable à la vie et la pérennisation de l'art théâtral à l'hôpital. Cela demande beaucoup plus de mesures des pouvoirs publics en vue de financer des associations partenaires, que ce soit directement ou indirectement, par prélèvement des fonds publics. Cette question est vaste pour être intégré dans l'objet de cette thèse.

2) Les aptitudes à apprendre pour l'éducation théâtrale (art-thérapie)

Les études effectuées sur ce travail ont largement démontré que malgré les difficultés et les différences qui existent entre les modalités d'exercices et les rythmes de compréhension des connaissances de chaque patient, il est nécessaire pour ce dernier d'ajuster considérablement ses aptitudes, ses idées et ses comportements, quelle que soit sa catégorie d'âge, à une philosophie médicale et artistique lui permettant d'avoir un sens du vouloir guérir. Pratiquement, cette constatation n'épargne aucune partie d'exercice, tant théorique que pratique, dans l'ensemble des démarches artistiques et thérapeutiques.

Il n'est pas étrange que l'homme s'adapte ou soit capable de s'instruire ou de changer ses comportements lorsqu'il juge les objectifs définis aussi bien nécessaires que de bon sens. C'est une philosophie encourageant l'artiste œuvrant dans les institutions de soins à solliciter, d'une part, une aide de la personne soignée et, d'autre part, surtout, la modification de ses habitudes et ses conceptions sociales. La volonté d'inculquer une éducation pour la santé dans un sens dominateur n'aura pas de place si le patient ou la population garde au fond de soi le désir de ne pas modifier leur attitude.

⁵⁰¹ Code de la santé publique, modifiée par la « Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 - Article 23 », abrogée par le « Rapport au président de la République relatif à l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique », JORF, n°143 du 22 juin 2000 p. 9337.

a) L'éducation par l'effort du patient lui-même

Il est possible de parler d'un changement des comportements du patient et de lui demander une adaptation de ses habitudes à un enseignement sanitaire. Bien sûr, cette amélioration ne saurait être obtenue que par l'effort du malade intéressé par l'évolution de sa santé. Toutefois, s'il demeure passif face à l'éducation théâtre-santé, il ne peut absolument rien apprendre. Il lui est donc demandé une implication personnelle et active dans tout événement général de santé ou le concernant.

C'est par la volonté du patient que l'artiste peut appliquer efficacement ses méthodes et ses moyens artistiques au profit de la santé, particulièrement à la politique générale de santé publique.

b) L'éducation de santé au foyer du patient

Ici, le patient est amené, dans un atelier théâtre-santé, à garder des comportements ayant pour but de faire évoluer sa santé, le regard de sa famille et de ses proches restant indispensable pour son bien-être :

- normes et pratiques d'hygiène pour inculquer une saine habitude : enfants, jeunes, adultes, personne âgée ;
- les membres de la famille doivent avoir des sentiments et des comportements répondant aux mesures sanitaires et imitatives ;
- les membres de la famille doivent être capables de donner des réponses aux questions de santé liées à leur proche ;
- ils doivent être capables de contrôler leur éducation alimentaire, leur mode de logement ainsi que leur comportement vestimentaire ;
- ils doivent contrôler leurs installations sanitaires et le moyen d'approvisionnement en eau, surveiller leurs déchets et ordures ménagères tous les jours ;
- la famille doit prévoir de temps à autre différentes formes d'actions de distractions, de religion et de vie culturelle.

Conclusion du Chapitre II

En conclusion, il est important de dire que l'art théâtral participe activement à la nouvelle marche de la politique sanitaire tant par sa qualité d'échange avec le public mais aussi par ses méthodes de détour lui facilitant l'information et l'éducation de son public aux éventuels risques sanitaires. Le théâtre participe aussi aux normes de veille sanitaire et il devient indispensable à l'hygiène publique et au droit culturel pour le malade.

Il est possible de constater ici que les patients obligent d'être informés de leur droit à travers ce jeu dramatique comme ils ont le droit d'être éduqués et d'être informés de l'évolution de leur état de santé et de toutes démarches médicales prévues dans leurs soins médicaux.

Malgré cela, il est essentiel de souligner que le Code de la santé publique⁵⁰² n'a pas énoncé jusqu'à aujourd'hui la notion d'information et d'éducation à la santé véhiculée par le comédien. Néanmoins, il a précisé dans son article L.1111.2 alinéa 1⁵⁰³ que tous les patients ont le droit d'être informés sur l'ensemble de l'évolution de leur état de santé. Tandis que ce même alinéa 1⁵⁰⁴ n'a pas donné plus de précision sur le moyen ou la méthode à utiliser pour informer le malade ou la population en général. C'est pourquoi, le comédien continue toujours à contribuer par son apport à la politique culturelle à l'hôpital au profit des malades et des professionnels de santé sous une couverture conventionnelle et par les jumelages.

Il était donc question de chercher à savoir à partir de ce « *Programme Culture à l'Hôpital* »⁵⁰⁵, quelles étaient les missions de l'hôpital dans le théâtre ou quelles étaient celles du théâtre dans la santé. Quelle est donc l'importance d'éduquer et d'informer une population sur une thématique de santé spécifique ?

Pour toutes ces raisons, le théâtre divulgue par ses expérimentations ou ses représentations au grand public des mesures et des précautions à prendre en cas de présence d'un fléau comme dans le cas de Coronavirus (Covid-19) et d'autres.

Cependant, il n'était pas facile de démontrer dans cette démarche que l'éducation dans le domaine de la santé est confrontée théoriquement à une tournure des mots (étudiée dans la Section II, Paragraphe 1) qui aident le malade à se comprendre et à faire face aux soins médicaux mais aussi aux mesures sanitaires.

Il est également possible de remarquer ici que si le patient est bien informé de l'évolution de son état de santé, cela aboutit à donner son consentement bien éclairé à son médecin traitant et à renforcer la relation humaine entre praticien et patient. Il faut aussi souligner que le théâtre s'inscrit dans une mission culturelle de citoyenneté au sein de l'hôpital afin de mettre en place une démocratie sanitaire pour tous.

Conclusion du TITRE I

En définitive, le théâtre appuie son activité sur le « *Programme Culture à l'Hôpital* »⁵⁰⁶. Ce dernier a à son tour eu un appui sur d'autres mesures politiques internationales comme le Code de Nuremberg de 1947⁵⁰⁷ suivie par la Conférence internationale de 1978⁵⁰⁸, par la Charte de l'Ottawa en 1986⁵⁰⁹ ainsi que par la Déclaration de Fribourg⁵¹⁰.

Prenons par exemple, l'étude que nous avons effectuée sur la Charte d'Ottawa⁵¹¹ qui démontre que l'information et l'éducation à la santé développent progressivement la santé individuelle, mais aussi celle de la société comme il a été demandé par l'article L.1161-1 du Code de la santé publique⁵¹².

Il est possible de constater que dans chaque atelier les patients cherchent à savoir réellement ce que vise leur éducation, celle de leurs proches et celle du grand public.

⁵⁰² Code de la santé publique, *op. cit.*

⁵⁰³ *Ibid.*

⁵⁰⁴ *Ibid.*

⁵⁰⁵ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

⁵⁰⁶ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

⁵⁰⁷ Code de Nuremberg, *op. cit.*

⁵⁰⁸ Conférence internationale du 12 septembre 1978 à Alma-Ata au Kazakhstan, *op. cit.*

⁵⁰⁹ OMS, « *La charte d'Ottawa* », *op. cit.*

⁵¹⁰ « *Les droits culturels, Déclaration de Fribourg* », *op. cit.*

⁵¹¹ Charte d'Ottawa de 1986, *op. cit.*

⁵¹² Code de la santé publique, *op. cit.*

Pour répondre à cette interrogation, l'évolution de ce travail nous a permis de constater encore une fois que le jeu dramatique participe aujourd'hui non seulement de la politique de santé publique afin d'informer, d'éduquer et de communiquer mais aussi pour apporter un changement de comportements, d'habitudes ou de nouvelles mesures sanitaires générales.

Notre travail démontre que malgré la carence des règles, le théâtre progresse toujours au sein de la médecine en apportant des méthodes éducatives et informatives d'une part, et, d'autre part, en aidant les patients mais aussi en ouvrant un espace de liberté et de confiance entre le professionnel de santé et ses patients.

Le fait que le théâtre soit pratiqué à l'hôpital laisse entendre aujourd'hui, par le bouche à oreille, que les artistes usurpent une fonction qui n'est pas la leur. Pour éviter donc un conflit entre les soignants et les artistes, il serait judicieux de définir à chacun son mode d'intervention et la qualité de l'activité culturelle qui le concerne.

C'est pourquoi, l'hôpital doit penser autrement pour ajouter à ses missions d'autres objectifs que ceux qui lui ont été attachés auparavant.

Ainsi, après avoir terminé ce Titre I, (Acte I), notre travail examinera de près le Titre II, (Acte II), reparté en deux chapitres : « *L'exploitation du corps du comédien par le médecin* » en Chapitre I (Scène I) et « *Le corps s'exprime dans l'art et dans la médecine* » en Chapitre II (Scène II).

TITRE II / (ACTE II) –

LE CORPS DANS LE THÉÂTRE MÉDICAL

« *"Il faut donc préférer la douleur dont les effets ne peuvent tromper
et dont les vibrations sont plus actives."*

Marquis de Sade, *La Philosophie dans le boudoir*.

*"Sans un élément de cruauté à la base de tout spectacle,
le théâtre n'est pas possible.*

*Dans l'état de dégénérescence où nous sommes,
C'est par la peau qu'on fera rentrer la métaphysique dans les esprits." »*

Antonin Artaud, *Le Théâtre de la cruauté*⁵¹³.

Le langage des cinq sens externes du corps humain est le seul moyen de faciliter l'intériorisation et l'extériorisation de ce que le corps reçoit. C'est dans la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher que la tradition théâtrale s'est largement véhiculée pour justifier les expressions du corps humain. Depuis longtemps, dans la profession médicale, la sensibilité issue de l'intérieur du corps n'est jamais interrogée par le professionnel médical au-delà de la douleur physique. C'est évidemment à travers cette douleur que témoigne la souffrance interne du corps.

Le théâtre qui est un art de rencontre ne se limite pas seulement à sa définition de point de jonction entre l'événement scénique et les textes à exploiter, il ajoute au-delà de cette approche, sa complexité de travailler le corps humain et de comprendre ce qu'il reflète.

Entre les différentes émotions et pensées que le corps exprime dans la médecine, le spectacle vivant engage le corps du comédien et celui du patient pour dévoiler les peines et les joies de ces deux derniers, mais aussi celles des spectateurs, le grand public. L'attention et l'émotion de chacun sont conjointement activées par l'action culturelle du corps, ses gestes, ses paroles et même ses silences. La médecine doit en principe prendre en compte ce que le corps du malade endure pour s'en servir de leçon et enrichir le processus de soin du patient.

Le déroulement du travail de cette partie impose un plan d'étude structuré en deux chapitres. « *La manipulation du corps du comédien par le médecin* » en Chapitre I (Scène I) et « *Le corps s'exprime dans l'art et dans la médecine* » en Chapitre II (Scène II).

⁵¹³ Ève Irène THERRIEN, article, « *Le Corps sous le signe de la torture : une question de plaisir. Le Théâtre médical des Laboratoires Crête* », *L'Annuaire théâtral*, revue québécoise d'études théâtrales, n° 34, 2003, p. 161-176, p. 1

CHAPITRE I / SCÈNE I – LA MANIPULATION DU CORPS DU COMÉDIEN PAR LE MÉDECIN

Ce chapitre propose d'analyser profondément le lien de causalité entre douleur corporelle et interprétation d'acteur en représentation scénique. C'est dans le sens d'enrichir petit à petit le jeu d'acteur dans l'atelier théâtre-santé, mais aussi de mesurer jusqu'où la douleur du patient peut changer sa vie ou influencer ses soins.

Toutefois, il existe une séparation entre ces deux branches : d'un point de vue physique, il y a l'hypersensibilité du corps de l'acteur avec ses performances dans le jeu et d'un point de vue médical, il y a un empêchement ou des facteurs de troubles à l'interprétation du personnage mis en étude. Il est logique d'approfondir les principes de la violence du médecin sur le corps du patient et le jeu dramatique qui sont des bases fondamentales du spectacle. Ce même chapitre étudiera les expressions violentes dégagées par le corps du malade, les stress et la croyance du patient envers son médecin pour mieux comprendre et interpréter l'enjeu de l'expérience théâtrale.

Le corps est en général dominé par des sens externes conformes à tout ce qu'y demeure. « *Une tradition le dit : il n'y aurait d'"interne" que l'"esprit", le corps lui-même demeurant "externe". D'où la malicieuse ironie de la question posée par le Micromégas de Voltaire aux habitants de la Terre : "Puisque vous savez si bien ce qui est hors de vous, sans doute vous savez encore mieux ce qui est en dedans. Dites-moi ce que c'est votre âme, et comment vous formez vos idées." Le corps ne serait jamais un dedans.* »⁵¹⁴

Le corps est ici retenu dans tous ses éléments physiques et moraux. Le comédien met en étude les actes, les interventions médicales sur le corps du patient, mais aussi toute intervention chirurgicale. Par exemple, une femme amène son mari chez le médecin, ou aux urgences. Son mari est dans la salle de soins et elle devant la porte, coincée contre les murs, elle entend les cris de son mari qui est en phase de soins. Elle se trouve inutile, incapable d'intervenir et elle est rongée par sa solitude. Son corps ressent des douleurs autant que son mari en pleine intervention médicale. Dans ce cas, l'être humain peut être touché de sensibilité par ce qu'il endure ou par ce que l'autre subit.

L'atelier théâtre-santé essaie de prouver à la science que toute personne hospitalisée ou non, faisant l'objet de soins, a ses sentiments d'avant et d'après l'intervention. La peur et le stress peuvent gagner son esprit et affaiblir son corps avant l'examen médical. Le corps peut être retenu comme une chose existant dans le monde comme le cœur dans l'organisme de l'être humain et ils forment ensemble un système fonctionnel, mais le corps est le symbole de tous les éléments composants.

Depuis le XX^e siècle, la science théâtrale octroie davantage d'importance au corps du comédien, raison pour laquelle, Grotowski ou Meyerhold et d'autres dirigeants de la recherche théâtrale observent dans le corps un parfait outil de communication, d'information et d'éducation entre l'acteur et le patient ou le spectateur. Sur la même longueur d'onde, Antonin Artaud rejette catégoriquement la domination des textes dramatiques qui peuvent surgir et manifester dans les productions théâtrales. Il avance l'idée selon laquelle seules les perceptions de l'image physique et la violence prescrite, recommandée à l'acteur dans ses

⁵¹⁴ Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAT et Alain VIALA (sous la direction de), « *Corps en scène* », op. cit., p. 128

actions, peuvent engendrer une pratique révélatrice digne du théâtre et toucher la sensibilité du spectateur.

« Aujourd'hui, des metteurs en scène de grande renommée poursuivent encore cette recherche sur le corps aux dépens de l'élément textuel. Parmi eux, le directeur italien Romeo Castellucci¹ consacre toute son œuvre à l'esthétique physique ; selon lui, la puissance charnelle, dès son entrée en scène, devient "ce pur communicable qui « dompte » brutalement le public (2001 : 104).

Chez Castellucci, le corps – laissé à l'état brut, proche de l'état animal – détruit toute convention, toute forme fixe pour accéder à la "vérité objective" (2001 : 102). Depuis Artaud, en passant par le body art des années soixante-dix, la violence associée à l'image physique suggère l'impact de la rencontre entre la matérialité naturelle du corps et l'artifice raffiné du domaine théâtral. C'est le choc émotionnel et mental que les artistes espèrent obtenir de la représentation pour qu'elle ne soit plus un art de la complaisance ou de l'imitation. À cette fin, l'agression corporelle peut exprimer plusieurs intentions de la part des créateurs, y compris la volonté de critiquer l'ordre établi par les normes théâtrales et/ou sociales et, surtout, le désir de créer un moment authentique, véritable, là où règne l'illusion. »⁵¹⁵

Stéphane Crête, dans ses œuvres de recherches, proposait quatre expériences réalisées sur une période de dix mois⁵¹⁶. Il place des acteurs dans des situations différentes dont le principe est de mettre en examen la modification de l'état de conscience de chacun et d'observer leur niveau de stimulation. « Pour le premier spectacle, Crête stipulait que "Le comédien dont la conscience sera modifiée par la douleur aura un jeu enrichi" (spectacle 2001). Le deuxième spectacle concernait les effets de l'hypnose sur l'acteur ; le troisième était consacré à l'influence de stupéfiants sur le comédien ; et le dernier avait pour objet d'étude la stimulation sexuelle. Selon le protocole de Crête, le corps est perçu comme l'outil par excellence de la recherche théâtrale. Sous l'effet de la douleur physique, il deviendrait la principale source d'inspiration pour le jeu du comédien. Nous examinerons cette hypothèse d'après le premier protocole : lien de causalité entre douleur physique et interprétation chez l'acteur en représentation, qui a eu lieu en janvier 2001 à Montréal. Pour ce faire, nous analyserons aussi la manière dont les sujets comédiens relatent leurs propres expériences. »⁵¹⁷

Il est évident d'avoir un œil critique sur ces expériences puisque le spectacle médical qu'il mettait en place relevait autant du ludique, du fictif que du sérieux. Ces expériences très scéniques démontraient à la fois l'imagination, mais aussi la réalité hospitalière. Toutefois, la présence du comédien dans l'exercice présente une autre problématique qui risque de fausser l'expérience puisque la mise en examen de son corps perturbe non seulement son physique, c'est-à-dire son corps réel, mais aussi le corps imaginaire du personnage expérimenté par le comédien. Le public a une impression douteuse envers la véracité des peines administrées au corps lors de la représentation. Dans cette même analyse, les laboratoires précisent que : « Le spectateur se demande continuellement si les peines administrées sont réelles ou s'il ne s'agit pas tout simplement de la représentation d'un corps torturé. Au début du protocole, le "docteur" affirme que toutes les applications y seront exécutées avec le plus grand sérieux,

⁵¹⁵ Ève Irène THERRIEN, « Le Corps sous le signe de la torture : une question de plaisir. Le Théâtre médical des Laboratoires Crête », *op.cit.*, p. 3.

⁵¹⁶ *Ibid.*, p. 3

⁵¹⁷ *Ibid.*, p. 4

mais le spectateur met en doute l'authenticité de la souffrance exprimée par l'acteur, peut-être exagérée pour les besoins du spectacle.

*Le spectacle repose sur la relation fiction/réel du corps en performance, ce que les prétentions scientifiques du spectacle viennent souligner en même temps qu'elles pointent le travail masochiste de l'acteur et le voyeurisme sadique du spectateur.*⁵¹⁸ En raison des mesures légales interdisant l'usage des stupéfiants dans les milieux publics, Stéphane Crête et son équipe ont limité l'accès lors de la représentation. L'accès se faisait par une invitation personnalisée. Cette découverte permet aux participants de comprendre l'enjeu du corps dans la médecine et favorise le développement de la connaissance médicale de l'individu et celle de son univers sensoriel et enfin renforce son identité médico-sociale. À l'hôpital comme dans le théâtre, les comédiens constituent un corps collectif, mais ils sont étudiés singulièrement. Pour mieux cerner ce chapitre, deux grandes parties restent indispensables : « *L'anatomie une scène instructive* » en (Section I) et « *L'art et la maladie sur scène/hôpital* » en (Section II).

SECTION I - L'ANATOMIE, UNE SCÈNE INSTRUCTIVE

De prime abord, l'anatomie humaine est définie comme l'étude de l'ensemble du corps dans chaque partie de ses composantes en fonction de ses différentes régions : la tête, le système nerveux central, le cou, le thorax, la zone dorsale, l'abdomen, le bassin et les membres inférieurs. L'étude de l'anatomie humaine explique de façon développée chaque organe, mais aussi chaque os et son positionnement sur le squelette et les muscles. Elle étudie en profondeur les différents systèmes : nerveux, urinaire, respiratoire, cardio-vasculaire, appareils digestif, respiratoire et autres.

C'est dans ce sens que les dramaturges essaient de mettre en scène les comédiens pour étudier en public les maux et les différentes sortes de souffrances que le corps subit, produit ou exprime lorsqu'il est soumis à des actions médicales. L'artiste cherchera tout d'abord dans son rôle à se poser des questions à travers son identité. Il procédera sous cette forme : « *Qui suis-je ?* », « *Dans quel univers je me trouve ?* », « *De quelle maladie je souffre ?* », etc. Or, le fait de se poser ces questions se traduit tant par la conscience qu'il a en lui-même, c'est-à-dire en tant que sujet d'étude médicale, qu'à travers la conscience de son existence comme toute personne vivante. Il est également possible de dire que l'identité de l'individu peut se comprendre d'une autre façon parce que l'image de soi réunit à la fois la conscience de soi et celle de l'existence pour répondre aux exigences de la phénoménologie.

Quelle est donc la valeur qui ressort du corps dans la compréhension systématique que cherche à enseigner le comédien dans son « *identité* » ? Pour mieux répondre à cette problématique, il serait très judicieux de faire appel aux différentes données ou réponses de la phénoménologie. Cette dernière est capable de faire émerger les expressions sensibles du vécu de chaque patient, à la différence des actions ou des interventions de la science. En outre, elle occupe une place considérable et très active dans l'étude du jeu dramatique. C'est donc à travers la phénoménologie que se dessinent les expériences vécues et la leçon à apprendre.

Dans cette même philosophie de travail, l'esprit du comédien en examen sur le lit médical sous l'empire des actes professionnels médicaux souffre de peines intensives dans le

⁵¹⁸ *Ibid.*

but d'atteindre un objectif bien défini : la guérison. D'une manière générale, la présence d'une douleur réelle issue d'une maladie, ou sans cause apparente, c'est-à-dire imaginaire, signifie que le corps exprime directement ou indirectement ce que l'esprit n'est pas en mesure de dire ou de refuser tout simplement. C'est ce que l'artiste illustre dans ce cas-là et, quel que soit le diagnostic, la présence de la douleur impose une prise en charge. Qui n'a jamais entendu parler dans son entourage d'une personne qui a été examinée par plusieurs médecins et à laquelle a été recommandée à chaque fois d'autres analyses médicales sans jamais trouver la cause de ses douleurs ? Au final, elle est considérée comme une malade imaginaire malgré la présence d'une véritable souffrance. À défaut de solution, dans ce genre de situation, cette personne tombe malade et sa maladie devient psychosomatique. C'est pourquoi il est toujours dit dans les ateliers théâtre que lorsque l'esprit souffre, le corps tombe malade parce que tous les traumatismes qu'il subit ou les différentes émotions que le corps reflète sont mémorisés dans le cerveau et dans les cellules. C'est ainsi que le corps devient faible et souffrant. La région ou la partie la plus faible du corps va extérioriser ces douleurs et ces stress ou montrer des tensions.

Le plus inquiétant dans ce genre de maladies est que la médecine expérimentale, de temps en temps, néglige la plainte du patient lorsque celle-ci n'a pas été affirmée par le médecin ou des examens médicaux. L'apport du comédien dans la gestion de la douleur a permis aux établissements de santé de développer une médecine psychosomatique confirmant ou donnant aux symptômes une valeur de langage exprimant la présence d'une maladie et reliant le corps à l'esprit.

L'étude de cette section sera scindé en deux paragraphes : le corps du comédien à la place du patient en paragraphe 1, puis, le réel et le ludique en compagnie en paragraphe 2.

PARAGRAPHE 1 - LE CORPS DU COMÉDIEN À LA PLACE DU PATIENT

Un collectif expérimental de théâtre au Québec appelé la Troupe Momentum a lancé aussi une démarche d'étude corporelle dans les milieux publics en sollicitant la participation des spectateurs. Il a mené des actions théâtrales chaque mois de l'année 1999. Il avait un projet codirigé avec les laboratoires Crête sous l'angle d'une conférence médicale qui avait pour sujet une leçon d'anatomie. En présence d'un public d'apprentis acteurs, les comédiens expérimentateurs partageaient un moment riche d'échanges, grâce à un cobaye artificiel de forme humaine, à la différence de certaines démonstrations publiques faites par les laboratoires de Crête qui mettaient en scène une personne véritable. L'objet principal de la démonstration ici est-il de découvrir l'anatomie ou de savoir comment manipuler un corps dans le cadre d'une intervention médicale ?

Le public doutait de l'intérêt de ce type d'essais cliniques. Il ne savait pas s'il s'agissait de simulations ou de faits réels. Le spectateur était donc laissé dans sa seule appréciation. *« Lors de la représentation, qui se déroule dans une salle de classe du département des sciences de l'Université de Montréal, on distribue au public un questionnaire sur lequel il est invité à donner ses impressions et à analyser les divers essais cliniques. Joint au questionnaire, un dépliant fournit des renseignements à la fois sur la distribution théâtrale et sur quelques détails scientifiques. Au début du spectacle, plusieurs autorités médicales sont présentées sur écran vidéo ; le Docteur Crête informe les spectateurs*

du but de sa recherche en s'appuyant sur les propos d'un certain nombre de scientifiques médicaux dont les témoignages sont enregistrés sur bande vidéo. Crête explique qu'il veut aiguïser la conscience des acteurs au cours de leur jeu et leur faire découvrir de nouvelles émotions en provoquant de l'inconfort corporel. En respect du Code de Nuremberg⁵¹⁹, le Docteur Crête applique sur le corps des comédiens cinq types de contrainte physique : retraitement des membres supérieurs par extension latérale, l'immobilisation accentuée d'une agression sonore, le serrement du crâne, la stimulation électrique des centres nerveux et, finalement, l'application de pinces sur l'épiderme. »⁵²⁰

Pour bien garantir le déroulement de la représentation théâtrale, les comédiens, juste avant de monter sur scène, devaient répéter pour la dernière fois les monologues qu'ils avaient mémorisés bien avant, sans les effets de la douleur. C'était le premier niveau de contrôle de la recherche envisagée parce qu'il mettait en relief les aptitudes individuelles. Après les répétitions rapides de leur monologue sans excitation ou stimulus, ils devaient monter sur scène et jouer le texte sous les effets des instruments de torture, quelquefois déraisonnables. C'est justement cette deuxième expérience qui permet de comprendre la limite du jeu de l'acteur et de déterminer s'il existe un lien de causalité entre la souffrance physique et la représentation théâtrale en question. C'est pour cela qu'avant et après la représentation sur scène, une infirmière de profession examinait le pouls de chaque sujet pour confirmer ou s'assurer qu'aucune anomalie n'était présente. Elle informait le Docteur Crête d'une voix très forte, que les spectateurs pouvaient entendre, en donnant certaines informations qui parfois auraient été susceptibles d'être protégées par le secret médical. Elle précisait l'âge du comédien examiné, son poids, sa taille, son état de santé et ses conditions physiques. Elle devait prévenir s'il existait des antécédents médicaux qui auraient pu avoir une influence ou provoquer des conséquences néfastes sur l'expérience à venir. À la fin de la représentation, le comédien devait évaluer en public l'impact de la souffrance physique sur sa mise en scène. C'est donc par ce moyen-là que le public participait en donnant son avis au moyen du questionnaire fourni au début de la représentation. Le Docteur Crête prenait en considération les données recueillies et les réservait pour un prochain projet de publication. *« Les commentaires des acteurs indiquent deux tendances : pour certains, l'effet de la douleur enrichit leur interprétation dramatique puisqu'ils "jouent" le texte avec moins de complaisance ; pour d'autres, la douleur se révèle néfaste pour leur jeu parce qu'elle perturbe leur mémoire, ce qui fait perdre le fil du monologue.*

Dans le premier cas, la douleur est enrichissante. Rappelons que le but de l'acteur naturaliste est de présenter un jeu exempt de toute conscience de la représentation. On peut penser à certaines formules qui suggèrent cette perte de soi : "Être dans la peau du personnage", par exemple, ou bien celle qui caractérise l'enseignement théâtral de l'américain Richard Meisner, "être dans le moment". La douleur laisserait transparaître alors une nouvelle (in)conscience de la représentation qui reflète ce désir naïf d'être capable d'appréhender le réel. »⁵²¹

⁵¹⁹ Annexe numéro 5 : Code de Nuremberg, décembre 1946 - août 1947.

⁵²⁰ Ève Irène THERRIEN, « *Le Corps sous le signe de la torture : une question de plaisir. Le Théâtre médical des Laboratoires Crête* », *op. cit.*, p. 5.

⁵²¹ *Ibid.*, p. 6

La mise en scène de Risorgimento⁵²² peut également être citée comme exemple dans les perfections scéniques de Timpano/Adreoli. Le travail de représentation se appuyait sur une expérimentation picturale évoquant un « *moment funèbre, qui alimente aussi l'historiographie, est identifiable à travers l'évocation, emprunt d'une émotion très fugitive, de la tête morte posée sur l'oreiller, du corps mort plié, de la désolante solitude du révolutionnaire. Elle se théâtralise par l'énumération à la fois lyrique et comptable des fidèles accourus à son chevet, dont la peinture faisait l'ellipse et auxquels les mots veulent redonner vie :*

Timpano :

Mesdames et Messieurs, Giuseppe Mazzini ! [...]

Timpano :

Bah alors ? Mais c'est un des pères de la partie. Allez ! Applaudissements pour Mazzini ! Les spectateurs applaudissent ou peut-être. Ou peut-être pas qu'ils sont perplexes. Andreoli relève la dépouille de Mazzini et essaie de la faire tenir debout.

Timpano :

Merci. Merci. Quels applaudissements fracassants. Donc. Giuseppe Mazzini – Pippo pour les intimes – est mort. (il indique la momie flétrie) Il est mort, ça me semble évident. Il est mort à Pise le 10 mars 1872. Le front large. Le tronc plié. La tête inclinée sur l'oreiller. Le pauvre, il est mort seul, sous un faux nom, dans un lit qui n'était pas le sien. La tête morte sur son oreiller. Le tronc mort plié. [...] comme tu étais beau, Pippo ! Tu es resté beau deux jours. Jusqu'à mardi, où l'on put constater des phénomènes de putréfaction au bas-ventre. [...] »⁵²³

A) LE COMÉDIEN ET SES COMMENTAIRES

Ici, le comédien explique ce qu'il ressent lorsque son corps est mis en situation par le metteur en scène face au grand public. Comment vit-il son texte ? Qu'est-ce qu'il ressent lorsque son corps subit les tortures du médecin ? Comment vit-il la douleur et la violence du médecin ? Comment aperçoit-il l'information qu'il véhicule ? Quel est son état de santé après la représentation théâtrale ?

Tout d'abord, le texte donné est un outil permettant de vivre son personnage et de véhiculer l'information verbale. Il peut y avoir des cris de torture, des douleurs corporelles, des stress liés aux outils médicaux. C'est aussi un moyen de faire vivre au lecteur l'action envisagée sans le faire jouer sur scène. C'est une sorte de passage entre la lecture et l'action. Dans une phase de lecture, le lecteur essaie d'imaginer le personnage et sa situation donnée dans le texte et il peut se sentir touché par ce que l'acteur vit. Autrement dit, le lecteur lui-même entre dans le jeu et complète le monde fictionnel de l'auteur par ses ressentis.

Dans ce cas, le lecteur s'insère littéralement dans le texte et marque pas à pas ses propres mots et ses sentiments. Le plus important est qu'il cherche à comprendre comment l'acteur vit et souffre dans son personnage. Du fait de l'activité créatrice du lecteur par la lecture, il devient co-créateur de l'œuvre. Il a bien évidemment pu accéder aux modes imaginaires de l'auteur et il s'interpose entre l'acteur sujet de son texte et le monde qu'il vit.

⁵²² Sous la direction de Françoise DECROISSETTE, « *L'Histoire derrière le rideau, écritures scéniques du Risorgimento* », collection « *Le Spectaculaire* », Presses Universitaires de Rennes, 2013.

⁵²³ *Ibid.*, pp. 319-320.

De la même manière, les signes ont une structure et un mode de fonctionnement spécial que chacun peut comprendre à sa manière et selon le modèle de la réception. En fonction des méthodes et des moyens utilisés, il est difficile de distinguer l'origine et la copie entre deux personnes qui effectuent le même geste. Sara Bedard-Goulet élargissait cette conception dans sa thèse doctorale : « *De la même manière, le pouvoir évocateur du langage, capable de nous faire entrer dans des mondes fictionnels, comporte une part de dématérialisation. L'expérience de la lecture littéraire, comme toute expérience ayant recours aux signes, alors même qu'elle engage tout l'individu, fonctionne en tant qu'illusion. En réalité, le signe rappelle aussi continuellement l'inexistence de notre corps, qui ne prend forme qu'à travers l'imaginaire et le symbole.* »⁵²⁴ Elle reprit un passage de Maurice Merleau-Ponty, précisant ou démontrant comment le lecteur peut s'intégrer dans la vie de l'acteur et comprendre ce qu'il endure. « *Le corps n'est pas un objet. [...] Qu'il s'agisse du corps d'autrui ou de mon propre corps, je n'ai pas d'autre moyen de connaître le corps humain que de le vivre, c'est-à-dire de reprendre à mon compte le drame qui le traverse et de me confondre avec lui.* »⁵²⁵

Certes, la fiction fait appel à l'imagination, mais elle provoque bien évidemment des effets et des sensations parfaitement réelles. L'acteur en étant sur scène oublie l'idée de la mise en scène et vit son personnage comme dans la vie réelle. Il essaie donc de symboliser la vie réelle dans ses actions théâtrales et de faire comprendre que les cris et les douleurs qu'il subit ne viennent pas de l'imagination, mais plutôt de l'intervention du médecin. Le spectateur, lors de la représentation, garde un œil sur l'acteur tout en imaginant la violence administrée sur son corps et pèse le degré de sa résistance pour mieux partager le ludique et le réel. Les gestes, les mouvements et les va-et-vient que le comédien effectue dans la mise en scène permettent de soulever ou de partager la partie fictive et celle qui représente la vie d'un malade à l'hôpital. Le fictif introduit dans le personnage suscite des expériences de la vie réelle et provoque des tensions chez les spectateurs qui nécessitent un minimum d'attention, c'est-à-dire une sorte d'empathie envers le comédien. C'est dans ce sens que ce dernier arrive à éduquer le public présent.

Un exemple à apprendre est le cas des enfants. L'espace transitionnel et la parole, ce qu'entend la personne n'est mesurable qu'en fonction de son intensité et de sa capacité d'imagination. Chez un nouveau-né bercé sous la couverture par des chansons de sa mère ou des contes de fées avant de s'endormir, le niveau de réception le ramène dans un espace traditionnel et il se situe dans l'histoire et apaise son esprit. De ce fait, la mère arrive à endormir le bébé. Chaque mot a un sens pour celui qui l'entend et la parole un double sens : du dedans et du dehors. L'action de manifester sur un mot ou une parole dépend du tempérament de la personne qui parfois peut s'y reconnaître ou se l'attribuer.

1) La douleur corporelle enrichissante

Dans un premier sens, la douleur est enrichissante puisque le but premier du jeu de l'acteur est d'informer, d'éduquer et de communiquer. Toutes les représentations de son jeu

⁵²⁴ Sara BÉDARD-GOULET « *Lecture et réparation psychique : le potentiel thérapeutique du dispositif littéraire* », Littératures. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II ; Université de Montréal, 2012. Français, p. 61.

⁵²⁵ *Ibid.*

doivent être exemptes de toutes sortes d'idées de fiction. Autrement dit, l'action est mise sur le lit d'examen médical et doit garder la formule de perte de soi, ainsi qu'opter pour la philosophie dramatique demandant au comédien d'être dans la peau du personnage. Cela ne lui demande pas de jouer le jeu uniquement, il lui demande d'être dans le moment précis de son personnage. Lors de la représentation, la douleur dévoile une nouvelle conscience tant pour le comédien dans la maîtrise de soi et de son corps que pour les spectateurs sur le danger que présente la maladie examinée. La plupart d'entre eux chercheront à toucher leur corps au même endroit que celui du comédien mis en étude par le médecin.

Dans un deuxième sens, totalement contraire du premier, l'hyperconscience du comédien lors de la représentation, causée par la succession et la continuité de la douleur peut par conséquent engendrer une séparation d'avec son personnage. Dans ce cas, l'acteur ne s'investit plus dans son rôle scénique. Par le fait de la douleur, le comédien n'est plus dans la peau de son personnage scénique, il revient dans sa propre peau. À ce niveau, l'acteur est dominé par ses sens et empêche la constance de l'action dramatique. Il devient non résistant à la douleur qui l'attaque et la région la plus faible de son anatomie se manifestera d'une manière intensive, il perd sa qualité d'acteur au sens classique du terme puisqu'il n'arrive plus à dissimuler la douleur. Il réagit aux pulsions en fonction de ce qu'il subit. Ceci peut causer des conséquences sur la vie réelle du comédien et dérouter la représentation théâtrale. Lors de la réalisation des expériences du Docteur Crête, *« un des comédiens souligne cet échec dans l'interview qui suit l'expérimentation : "Oui, j'ai découvert de nouveaux états de jeu, mais je ne sais pas si je peux faire la même performance sans la douleur." Faut-il conclure que les Laboratoires visent l'expérience théâtrale plutôt que la représentation ? Le sujet-comédien veut vivre une réalité sur la scène et rêve de produire du réel dans un domaine où règne l'illusion. Ce que le public voit alors, c'est le désir de l'acteur mis en scène, c'est-à-dire son réel fantasmé. Il s'agit d'une idée préconçue qu'il se fait de son jeu, avant l'application de la douleur, afin d'enrichir sa performance. Il souhaite atteindre un moment authentique qu'il pourra répéter au besoin. Or, cet état ne dure que le temps d'une vraie contrainte physique. »*⁵²⁶

Il est clair que le comédien est dans la domination ou dans l'empire des sens externes et qu'il n'est point de communication ou d'éducation enrichissante. Il serait encore nécessaire de reprendre l'idée que : *« Une tradition le dit : il n'aurait d'"interne" que l'"esprit", le corps lui-même demeurant "externe". D'où la malicieuse ironie de la question posée par le Micromégas de Voltaire aux habitants de la Terre : "Puisque vous savez si bien ce qui est hors de vous, sans doute vous savez encore mieux ce qui est en dedans. Dites-moi ce que c'est que votre âme, et comment vous formez vos idées". Le corps ne serait jamais un « dedans ». »*⁵²⁷

Ce même ouvrage précise que ce n'est que le corps qui affirme la présence de douleurs qui gênent le bon fonctionnement des organes : *« La douleur du corps, seul témoignage des indications venues des organes, relèverait alors des "sens externes". Mais il faut dire davantage et souligner combien c'est l'intériorité appartenant à l'espace des chairs, celle*

⁵²⁶ Ève Irène THERRIEN, « *Le Corps sous le signe de la torture : une question de plaisir. Le Théâtre médical des Laboratoires Crête* », *op.cit.* p. 7.

⁵²⁷ Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise Lavocat et Alain VIALA (sous la direction de), « *Corps sur scène* », *op. cit.*, p. 128

*directement éprouvée qui, pour longtemps, a été interrogée. Comme si cet espace, outre sa confusion, ne devrait pouvoir informer sur le monde et sur soi. »*⁵²⁸

En principe, ce sont des sens externes qui assurent le lien être le corps et ses organes et son âme. Tout se justifie par la sensibilité de l'homme qui se distingue d'un sens et d'un autre. « *C'est ce que confirme d'ailleurs la culture classique, séparant fortement l'âme et ses "informateurs" : nos sens ne sont que les fenêtres par lesquelles elle regarde ce qui se passe au-dehors. »*⁵²⁹ Ce témoignage montre que les sens sont aux frontières entre « *dedans* » et « *dehors* » et assurent le contact de l'espace vivant et des objets.

Pour la mythologie, « *la médecine ancienne, la littérature de sorcellerie aussi, s'attardent à cet univers où le corps semblerait intérieurement transformé jusqu'à se vivre bouleversé. »*⁵³⁰

Il est encore démontré dans le même ouvrage que la couverture du corps est plus protégée par rapport de ce qui est à l'intérieur. « *Un cas précis, étudié au milieu du XVIII^e siècle, montre encore cette relative ignorance des perceptions du dedans. Il s'agit d'un soldat blessé, entré à l'hôpital de Douai en 1730, victime d'intenses douleurs au bras, suivi d'une éruption de pustules. Le phénomène disparaît au bout de quelques jours, réduit par les régimes et les saignées, mais remplacé par une "perte de sentiment de tout le bas droit" : le malade n'éprouve plus aucune "indication" venant de ce bas, alors même qu'il peut le mobiliser ou le bouger. D'où le nom du symptôme : "paralysie du sentiment" et non-paralysie du mouvement. Mal "troublant" à coup sûr qu'évoque Helvétius dans une longue lettre à Winslow et qu'explore attentivement Brisseau, piquant sous tous les angles ce bras pourtant mobile. »*⁵³¹. Dans le cas de ce soldat, le médecin s'intéressait plus à son extérieur qu'à son intérieur. Il ne cherchait pas à savoir si la douleur interne avait disparu ou non. « *Ce geste dit tout. Les médecins explorent le tact, les sensibilités des surfaces et non celle des profondeurs. Ils n'interrogent pas, surtout, le rôle possible des sensations internes ici disparues, leur effet possible sur l'orientation et le sentiment de soi. Ils ignorent la maladresse du malade, par exemple, pourtant inévitable : le fait, entre autres, que le soldat pourrait éprouver son bras comme étranger. Ils retiennent sa seule insensibilité. Ils le croient même capable de jouer aux boules et de conserver son adresse. L'absence de sentiment de ce membre concernait ses enveloppes plus que son état : son "extériorité" plus que son "intériorité". »*⁵³²

a) La violence du médecin

Avant de commencer l'intervention médicale, il faut tout d'abord que le comédien ait consenti à cette expérimentation tout comme le patient. Le Code de déontologie médicale précise dans son article 36 (article R.4127-36 du Code de la santé publique) que : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.*

⁵²⁸ Ibid.

⁵²⁹ Ibid., p. 128.

⁵³⁰ Ibid., p. 129.

⁵³¹ Ibid., pp 130-131.

⁵³² Ibid., p. 131.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R.4127-42. »⁵³³

Dans le cas d'étude d'expérimentation médicale sans avoir recours à un anesthésiste, cela s'apparente à une violence passive à l'égard de celui qui fait l'objet de cette pratique. Le fait d'ouvrir le corps, même avec consentement, tout en sachant pertinemment que le comédien ressent des douleurs, est une autre forme violence exercée par le médecin. Il s'agit d'une violence considérée comme fondamentale qui consiste à ouvrir le corps d'un malade sous son consentement, mais nécessite le savoir-faire du médecin sans aucun caractère violent de sa part. *« Si le vocabulaire utilisé ressortit à la violence, ce n'est pas par hasard. En effet, dans les Laboratoires Crête, le rapprochement de l'expérience clinique avec les pratiques sadomasochistes est intentionnel. Les peines ou les bienfaits qu'un "docteur" fait subir au corps d'un "patient" peuvent être compris comme un jeu érotique entre le "dominant" et le "soumis". Le conflit, entre la conscience de soi et la perte de contrôle de l'acteur durant les expériences, reproduit les mêmes phénomènes associés à ce genre de relation. Chez le comédien comme chez le sujet sadomasochiste, le besoin de vivre intensément de nouvelles sensations apporte à la fois plaisirs et douleurs. Par ailleurs, Crête s'approprie le Code de Nuremberg⁵³⁴ comme contrat sadomasochiste. Ainsi, l'activité repose sur les principes de consentement volontaire et prévoit l'arrêt immédiat de l'essai à la demande d'un des participants. »⁵³⁵*

Le comédien peut parfois se croiser avec les caractères agressifs et transgressifs du Docteur. Il faut tout d'abord retenir que dans toute forme de violence, il y a la présence de force et de viol. L'important est que, dans cette forme de violence, la guérison est visée. La force de la violence est dirigée contre un ou des tissus dans la volonté de vaincre le mal.

Représenter ces actes médicaux dans le grand public peut transformer ou dévier l'objectif visé puisque le spectateur peut avoir plus de mal dans son observation et être influencé ou découragé par la suite dans sa motivation aux soins. Certains malades évitent l'idée d'engager des soins par peur de souffrir comme le comédien.

b) Le stress et le mal de dos du patient

Le stress et le mal de dos sont connus comme les maux du siècle en raison du taux très élevé de personnes touchées par des souffrances du psychisme ; il est donc important d'apprendre à les gérer dans la vie de tous les jours. Ces deux douleurs n'épargnent personne, peu importe le niveau et la maîtrise de la profession, d'être spécialiste d'un domaine ou pas, le stress, à moment ou un autre, peut troubler le bon fonctionnement de l'esprit et du corps humain. Dans l'ensemble des ateliers théâtre, le stress est considéré comme le résultat extérieur de ce que le corps affronte à l'intérieur de soi. Accorder 40 minutes à l'art-thérapie

⁵³³ Code de déontologie médicale, ed, avril 2017, *op. cit.*

⁵³⁴ Code de Nuremberg, décembre 1946 - août 1947, *op. cit.*

⁵³⁵ Ève Irène THERRIEN, « *Le Corps sous le signe de la torture : une question de plaisir. Le Théâtre médical des Laboratoires Crête* », *op. cit.*, p. 8.

et au théâtre serait le seul moyen de gérer ou de réduire le niveau de stress du patient ou de n'importe quel individu souffrant de ce facteur parasite.

Plusieurs professionnels et la plus grande partie des malades à l'hôpital souffrent de ce parasite et ne savent pas comment le gérer. Par conséquent, c'est la pérennisation par force ou la multiplication des maladies et des douleurs dans le corps. Autrement dit, il est source ou facteur de problèmes de santé. C'est à travers le théâtre et d'autres activités culturelles que le taux de cortisol et d'hormones de stress diminuent dans le corps. Il est encore préconisé de ne pas éliminer totalement le cortisol dans le corps puisqu'il est nécessaire. Par exemple : le taux de cortisol varie pendant toute une journée – le matin, le taux est très considérable – puisque ça augmente l'énergie et active le début de la journée.

Le stress joue un rôle considérable dans l'évolution des maux de dos comme la lombalgie, la sciatique, la céphalée (une douleur qui intervient parfois au niveau de la nuque) et autres. De nombreux spécialistes médicaux ont prescrit à leur patient des examens à ceux qui souffrent de ces types des douleurs en leur disant : « *vous n'êtes pas malade* » ou « *vous n'avez rien* », puisque les examens ne révèlent rien de mal ou qui ne fonctionne pas dans l'ensemble du corps. Ces professionnels considèrent dans leur diagnostic que c'est une petite réaction du système nerveux qu'il serait simple de remettre en ordre naturellement. Il est donc ici question des agents pathogènes de stress. Prenons le cas d'un patient qui est au chômage et qui souffre de quelques difficultés comme des conflits familiaux ou des troubles sexuels et de ces faits, sa vie bascule : perte d'hygiène, plus de contrôle de soi, ni de sa famille et enfin son organisme n'est plus en mesure de gérer le poids de ses soucis. Les conséquences ne peuvent être autres que la formation d'une maladie psychosomatique ordonnée par la présence de ces lésions. Des troubles corporels sont possibles tels que des sécrétions, des ulcères, des maux de dos, des problèmes vasculaires, une hypertension artérielle ou des affections telles que l'asthme ou l'eczéma sur la peau. Autrement, ils peuvent provoquer le cancer ou la maladie d'Alzheimer. Chaque personne a sa manière de gérer et de contrôler son état de stress et de sa maladie. Dans le cas des nervosités, certaines échappent aux tensions, mais d'autres s'égarent dans la colère et extériorisent leur émotion dans l'expression verbale. Parfois, la personne fait preuve d'agressivité contre ses proches qui connaissent aussi les troubles de stress et ses effets.

En général, ces personnes gardent souvent leurs soucis en eux et les expriment moins, ou de temps en temps, avec leur corps. C'est justement dans la maladie psychosomatique qu'il est souvent ou quasiment impossible d'extérioriser ses peines ni dans la famille, ni dans la société, ni dans son domaine professionnel. Le travail de l'artiste est d'ouvrir la voie d'écoute à ces gens-là pour leur éviter la solitude ou les en sortir ainsi que de leur isolement et de leur souffrance. Il les incite à prendre soin d'eux, à garder l'attention sur eux et à donner plus d'importance à leur environnement familial. Le fait d'avoir un œil sur ses besoins permet d'envisager la guérison.

Comment comprendre ou repérer les symptômes avant d'envisager les soins ? En prenant l'exemple sur certaines maladies, une forte diminution de l'efficacité des médicaments symbolise la persistance de la maladie.

La médecine psychosomatique et/ou les ateliers théâtre-santé doivent approcher le malade de façon personnalisée. L'artiste doit tout d'abord lui redonner confiance en soi, s'intéresser à ses besoins, ses projets et surtout ses soucis. Il doit le rassurer sur son insertion

et l'aider à se poser quelques questions sur son existence. Il ne suffit pas que l'artiste constate la présence de ces symptômes, il lui faut aussi un minimum de compréhension pour éviter que le patient ne prévoie le recours à un psychanalyste. Lors des examens théâtraux, l'artiste n'a pas le droit de faire disparaître les symptômes présents tant que les facteurs psychiques ne sont pas constatés, sauf s'ils sont douloureux et intolérables.

Il y a trois types d'exercices que les artistes utilisent pour envisager la guérison ou permettre au patient de diminuer ses souffrances et ses douleurs ainsi que le stress, facteur principal de troubles :

- donner une chance au patient de s'exprimer, de manifester ses angoisses et son agressivité sans contrainte ni volonté de le freiner ;
- prévoir un point de réconciliation avec lui-même et surtout avec son corps ;
- préparer et éduquer à mieux communiquer avec son corps.

Après avoir soigné son esprit, il faudra encore envisager d'éradiquer les séquelles de la maladie. De plus, pour obtenir un résultat convenable, la relation de confiance entre l'artiste et le patient tient une place considérable.

Bouger, monter des escaliers à pied, marcher à pied, faire du sport sont des activités physiques conseillées à ceux qui souffrent de ces douleurs corporelles. Faire de la natation permet de développer petit à petit les musculatures dorsales. Dans la démarche des activités théâtrales, le comédien doit dire au spectateur comment vivre avec ses douleurs sans augmenter la souffrance. Former le patient à s'adapter à ses tâches de la vie quotidienne, avec par exemple des postures adaptées lorsqu'il soulève quelque chose : il ne faut pas faire le dos rond, mais plutôt plier les genoux et prendre l'objet en face avec les deux mains s'il est au-delà des dix kilos. Il en est de même lorsqu'il porte de grands sacs de courses. Il faut bien coller le sac contre soi. Il en est de même lorsque la personne est dans son bureau, dans sa voiture ou dans le transport en commun : il est demandé d'être bien installé au fond de son siège tout droit et les pieds bien à plat par terre et enfin d'éviter les mouvements brusques. Il y a aussi d'autres normes à respecter au lit, de préférence avant de dormir, garder la position sur le côté ou sur le dos et se maintenir avec des oreillers.

Enfin, le stress se gère d'une façon très simple : marquer des pauses de travail dans la journée, manger calmement et sereinement, renouer le contact avec le corps, prévoir régulièrement une journée spéciale antistress, envisager d'une manière fixe la pratique d'une activité physique, gérer la respiration, éliminer toutes sortes de tensions physiques et psychiques, développer la patience, faire usage de méthodes dynamiques spéciales à l'évacuation des stress. Enfin, il est recommandé de pratiquer l'exercice de la sophrologie qui vise à développer le bien-être de la personne par l'usage des méthodes de relaxation d'une part, par des techniques pour faire le vide et maîtriser le mental d'une autre part.

2) Le corps violenté dans les grands théâtres

Pourquoi faire souffrir le corps ? Pourquoi la violence a-t-elle autant de succès dans l'art dramatique ? Pourquoi la plupart des dramaturges orientent leurs textes vers des thématiques très violentes ? La raison n'est pas anodine, qu'elle soit vraie ou ludique, elle est susceptible de provoquer en masse des réactions fortes même si parfois elles sont ambiguës. C'est ce qui la rend très intéressante.

Elle a deux particularités qui glorifient son succès : la première est qu'elle pose des interrogations de réalisation, c'est-à-dire qu'elle lance un défi aux professionnels théâtraux pour la réalisation, que ce soit le dramaturge ou l'acteur en lui imposant d'exploiter leur savoir-faire au-delà de leur limite. C'est pourquoi ils sont dans l'obligation de jouer ce qui est tolérable pour le public et ce qui est possible dans le jeu de l'acteur, mais aussi, dans la mesure du possible, des techniciens qui l'accompagnent. La deuxième pose de manière très large la question de la réaction sur le spectateur. Elle est un facteur d'étude des différents comportements et des façons d'inciter le public à réagir activement et à le manipuler sur une question ciblée. C'est donc pour le dramaturge un véritable laboratoire cathartique. Aborder ou œuvrer des questions théoriques et pratiques qui sont d'une manière ou d'une autre rattachées à la violence, touchent la sensibilité de tout le monde : patients, comédiens, professionnels médicaux, participants, dramaturges et théoriciens.

Dans la plupart des cas, le scandale de la mise en scène met en évidence la véracité de la violence scénique et constitue un sujet problématique de la vie réelle. La violence incite le public à agir très rapidement pour éviter les maux éventuels de la société. Sa mise en scène peut représenter toutes formes de danger et sa richesse tient dans l'attraction du risque. Le dramaturge cherche, dans le jeu, à savoir jusqu'où il peut toucher la sensibilité de celui qui regarde.

Plusieurs pièces de théâtre peuvent être retenues comme référence à l'exemple de celle d'Œdipe, d'Antigone ou de Hamlet. Cette dernière pièce met l'acteur principal dans une situation très embarrassante et il n'a pas besoin d'aide pour s'affirmer à travers son personnage, mais aussi pour montrer qu'il est loin d'être un malade mental comme son entourage le pense. En tous les cas, il ne veut pas que son corps change et qu'il perde sa force jusqu'à risquer la mort. Il se demande : « *Faut-il vivre faut-il mourir ?* »⁵³⁶ La mort de son père l'a rendu très farouche et insociable. Il veut se venger de l'assassinat de son père en donnant la mort à son oncle qui a comploté à sa mort. Il fait apparaître des effets théâtraux dans la pièce ou des références identiques à un personnage existant ou connu auparavant comme celui d'Hamlet. Le public se sent mobilisé par cette idée de vengeance et il passe de la conception fictive à une réalité sensible. Il oublie l'idée de la représentation, car la mort est considérée comme une notion qui ne va pas dans le sens de la farce. La mort n'est pas un jeu surtout entre les membres d'une même famille. L'acteur implique son corps de manière très étonnante et il arrive à détourner la pensée et le regard du spectateur et retient sa conscience. Comme le précise Marthe Dubreuil dans un article : « *Hamlet est "une composition, une structure telle que là le désir puisse y trouver sa place, suffisamment, correctement, rigoureusement posée, pour que tous les désirs ou plus exactement tous les problèmes de rapport du sujet au désir puissent s'y projeter, il suffirait en quelque sorte de le lire."* Dans la représentation, l'acteur qui interprète Hamlet, introduit, par sa présence, une dimension, celle du rapport au corps propre, la dimension du rapport à l'Imaginaire. "L'acteur prête ses membres, sa présence, non pas simplement comme une marionnette, mais avec son inconscient bel et bien réel, à savoir, le rapport de ses membres avec une certaine histoire qui est la sienne." C'est parce que ce qu'il prend en charge de représenter a à voir avec son

⁵³⁶ « Être, ou ne pas être », acte III, scène I, William SHAKESPEARE, « Hamlet », traduction de Victor HUGO, éd. Pitbook.com, janvier 2001, p.71.

inconscient, que la représentation prend sens. Par sa présence l'acteur opère un déplacement du regard du spectateur, il lui fait regarder ailleurs, vers l' "Autre scène". »⁵³⁷ Cet article poursuit encore son observation et démontre qu'il n'y a pas de théâtre ou de représentation sans identification. Cette dernière retient ou ligote d'une part, le spectateur à son siège et, d'autre part, à sa pensée. Le public se trouve dans l'impossibilité de se révolter, de parler, et d'agir à l'encontre de l'autre ainsi que de quitter la salle.

« Enfin, pour le spectateur, il s'agit de partager son fardeau en le voyant porté par un autre. Là réside la purgation qui vient de l'identification et qui soulage. C'est parce qu'il y a une identification inconsciente au héros à travers le corps de l'acteur qui le représente que le spectateur est "purifié" de ses angoisses pulsionnelles. Dans son séminaire sur l'angoisse, Lacan nous rappelle que ce que Shakespeare met en scène dans "Hamlet" pour le spectateur, n'est autre que la tentation du meurtre du père par le fils dans ce qu'il nomme "l'identification d'Hamlet"⁵³⁸ et la fonction du deuil dans "l'identification à Ophélie."⁵³⁹ Le subterfuge qu'utilise Hamlet pour contourner la censure, consiste en une mise en scène dans la mise en scène, car, Shakespeare le sait, et le fait dire à son héros, le drame est le piège qui débusque la conscience. Une fois la censure contournée, le tressaillement du spectateur peut accompagner le tressaillement du roi. La tragédie de "Hamlet", car c'est bien une tragédie au sens aristotélicien, dénonce manifestement le fratricide, interdit secondaire aux origines bibliques, mais dévoile ce qui y est latent, l'épouvante du parricide et du matricide. Le spectre du père interdit à Hamlet de toucher à la reine Gertrude, sa mère. C'est le parricide qui entrave l'acte du héros shakespearien, car "l'horreur qui devrait le pousser à la vengeance est remplacée par des remords, des scrupules de conscience, il lui semble qu'à y regarder de près il n'est pas meilleur que le pêcheur qu'il veut punir."⁵⁴⁰

Si l'on veut bien admettre que la représentation théâtrale met le spectateur en position de rêveur éveillé, alors, ce qu'il voit sur scène, grâce à l'illusion du théâtre, lui parle de son désir réprimé qui lui ferait retour comme une réminiscence. Cela est rendu possible, car, au théâtre, comme dans le sommeil, il s'agit de tromper les sens pour entretenir l'illusion d'une réalité qui permette au rêveur de réaliser son désir. Au théâtre, comme dans le rêve, le désir avance masqué. "On dirait que..." y est le sésame qui ouvre les portes de l'inconscient. La fonction fondamentale du théâtre, serait donc, dans un au-delà du plaisir manifeste, de lever le refoulement, pour que puisse s'entendre le refoulé. Le rêve, quant à lui, pour empêcher la censure d'agir en interrompant le sommeil, peut aller jusqu'à dire au rêveur : " laisse donc et dort, ce n'est qu'un rêve." Car, tandis que nous dormons et rêvons, nous nous savons en train de rêver, tout autant qu'en train de dormir. L'illusion se crée, comme toute croyance, par le désir d'échapper à une réalité déplaisante, en réparation. Cette capacité qu'a le dormeur de savoir qu'il rêve introduit un paradoxe qui fait du rêveur un acteur/spectateur. Cette relation spéculaire qui s'établit entre les trois termes de la représentation, l'auteur, l'acteur et le spectateur tient dans le paradoxe regardant/regardé, acteur/spectateur qui agit comme espace symbolique et c'est dans cet espace que le réel peut être subverti. Grâce à quoi,

⁵³⁷ Marthe DUBREUIL, « Théâtre et rêve », *Cahiers de psychologie clinique* 2014/1, n° 42, pp. 195-207.

⁵³⁸ *Ibid.* repris., Jacques LACAN, « Le séminaire livre x, L'angoisse », 1962-1963, Paris, Éditions du seuil, 2004, coll. Champ Freudien, p. 46-47.

⁵³⁹ *Ibid.*

⁵⁴⁰ Sigmund FREUD, « L'interprétation des rêves », 1899, Édit. P.U.F., 1926, p. 231.

chacun est protégé de sombrer dans la folie. Chacun sait qu'à la fin de la représentation, il pourra se reprendre, se réveiller. »⁵⁴¹

a) Le théâtre doit-il tout montrer ou tout cacher à son public ?

Singulièrement, les acteurs pensent que la meilleure solution pour avoir plus d'impact sur les émotions des spectateurs est de dévoiler, c'est-à-dire de tout montrer au public. L'idée est d'appliquer la stratégie théâtrale, le public est ému davantage de ce qu'il voit et moins de ce qu'il entend. L'esprit est l'organe faible du corps humain, mais il est moins affecté par ce qui lui parvient jusqu'aux oreilles que tout ce qui est mis à la portée de ses yeux.

C'est aussi un moyen rhétorique permettant de gagner l'approbation des juges lors d'un procès. Il faut donc deux techniques : plus de manipulations verbales, d'éloquence, d'art oratoire pour les persuader par des moyens alimentant une conviction rationnelle, d'une part, et, d'autre part, agir sur les affects en reprenant par le verbe, l'imagination d'une histoire dans le présent pour justifier la sincérité des faits et faire apparaître des images de cette fiction. Pour la première technique et pour la deuxième, considérée comme la meilleure, l'idée est de recourir à des traces concrètes de l'histoire, du fait ou de l'acte, par exemple représenter sous les yeux du juge ou des jurés, une tache de sang sur un des vêtements de la victime ou représenter l'acte criminel sur un tableau. Cela donne plus d'avantages à la défense puisque le présumé coupable est incapable de reproduire l'image de son acte criminel autrement que par la seule puissance de la parole. Il est intéressant pour un dramaturge de montrer sur les scènes publiques l'acte criminel puisque ça lui permet de répondre à une demande ou à une attente de la population et satisfaire ainsi, au-delà des spectateurs, ceux qui cherchent à comprendre la pratique des exécutions publiques et judiciaires. C'est une des façons de graver l'action criminelle dans la mémoire du grand public. L'acteur, en représentant cet acte sur scène, force le public à garder son attention, à se retenir sous l'effet de la terreur, de la crainte, de l'horreur, de la pitié ou de la fureur, mais aussi à respecter la loi. C'est une des méthodes que les cinéastes ont bien comprises et dont ils font usage dans la plupart de leurs films comme l'exemple dans : *Le droit de tuer*⁵⁴².

« Les cinéastes l'ont compris fort bien et certains sont passés maîtres en cet art : Hitchcock construit l'une des scènes de meurtre les plus célèbres du cinéma – l'assassinat dans la douche de Psychose (1960) – par un savant montage où l'on voit une succession d'images partielles : la vision floue de l'assassin, à travers le rideau de la douche, des morceaux du corps de la victime, le jet qui sort du pommeau, le tournoiement de l'eau qui se colore dans le bac avant d'être évacuée. Dans cette mosaïque, presque rien qui décrive le geste meurtrier : quelques photogrammes montrent une main qui s'abat, crispée sur le manche d'un couteau. Le secret, pour être efficace, n'est pas de planter une caméra face à l'action, c'est de suggérer, par des aperçus bien choisis, ce que le spectateur est obligé de

⁵⁴¹ Marthe DUBREUIL, « *Théâtre et rêve* », *op. cit.*

⁵⁴² « *Le Droit de tuer* » est un film sorti en 1996 par le réalisateur américain Joël Schumacher. Ce film est adapté du roman écrit par Johan Grisham, intitulé « *Non coupable* ». Cette réalisation met en situation la vie de Carl Lee Hailey, de couleur noire, qui vit dans une petite ville du Mississippi avec sa famille. Il est un ouvrier agricole. Sa petite fille de dix ans, après avoir fait ses courses trop tôt le matin, rentre chez elle. À mi-chemin, elle se fait kidnapper par deux délinquants de couleur blanche. Ils l'ont violée et torturée, mais elle survit malgré tout à ses blessures. Malheureusement, ce viol ne lui permettra jamais donner la vie. Informé, son père sort furieux au travail. Il se rend au tribunal et tue par balles les deux suspects, fait des blessés, avant que ces deux présumés coupables ne comparaissent devant le juge. Le père de cette fillette avait peur que le tribunal les libère et se fait justice lui-même. Il a été défendu par son avocat Jake Brigance et il est sorti non coupable.

reconstruire dans sa tête. Les dramaturges n'ont pas la possibilité de recourir à un montage habile, ils n'ont à choisir qu'entre deux options : montrer ou ne pas montrer. Du moins en apparence. Ne pas montrer est le parti qui stimule le plus l'ingéniosité des dramaturges, car il les oblige à trouver des solutions de rechange, c'est-à-dire de s'arranger pour que le spectateur comprenne ce qui se passe sans suivre directement le déroulement des opérations. »⁵⁴³

Il a encore une fois démontré l'impact de la tragédie sur scène en faisant référence à la pièce de Corneille : « À la fin de *Rodogune* (V, 4), *Cléopâtre* avale le poison sur scène et sort en s'appuyant sur sa suivante, pour tomber dès qu'elle aura franchi le seuil de la coulisse. Chez Racine, dans *Bajazet*, le meurtre essentiel se fait en coulisse : *Roxane* peut se contenter de lancer à *Bajazet* un simple "sortez" (V, 4), car le spectateur sait que les muets du sérail attendent celui-ci derrière la porte, pour l'étrangler. Mais il n'y en a pas moins une mort en scène, à la fin (V, 12) : la pièce s'achève sur *Attalide* qui se poignarde et sur sa suivante qui conclut, en deux vers, qu'elle meurt. Un ordre mortel est plus spectaculaire qu'un coup discret, à cause de la distance même entre une injonction banale et la signification qu'elle prend dans ces conditions particulières. »⁵⁴⁴

b) Au théâtre : l'inconfort du regard du spectateur

Dans chaque pièce de théâtre jouée dans les milieux hospitaliers ou dans tous les autres milieux publics et artistiques, les dramaturges et leurs acteurs mettent en scène intentionnellement un jeu démonstratif introduit dans la forme dialectique entre réalité et fiction. Le spectateur doit comprendre que, dans le théâtre, ces deux éléments sont toujours présents sous l'aspect d'une mise en scène réelle et ludique dans laquelle ils évoluent côte à côte. D'un moment à l'autre, le spectateur se trouve perdu et il n'arrive pas à séparer ces deux pratiques. Le décor, la sonorisation et la projection vidéo peuvent intensifier le niveau de réception de l'image et influencer l'imagination de chacun.

En restant toujours dans une des expériences du Docteur Crête : « *L'action se passe, par exemple, dans une des classes de sciences de l'Université avec, comme accessoires, éprouvettes et bols de chloroforme. En même temps, l'appel "place au spectacle !" du faux docteur, qui précède chaque intervention, évoque la nature théâtrale de l'action. Par conséquent, le danger potentiel de l'expérience, dont les spectateurs sont témoins, est omniprésent dans leur esprit. Ce "danger" devient encore plus saisissant quand un des acteurs interrompt l'essai parce que sa douleur est soi-disant trop intense. En outre, la présence d'une vraie infirmière sur le plateau accentue la possibilité d'avoir recours à une aide médicale. Si cette présence rassure, elle insiste aussi sur la fragilité corporelle de l'acteur. Au lieu de s'écrier : "Y a-t-il un docteur dans la salle ?", le spectateur se demande consciemment ou inconsciemment : "Y aura-t-il un malade sur la scène ?" La première question, en évoquant le besoin d'un médecin, renvoie au hors fiction, ce qui interrompt potentiellement la logique du programme. La deuxième question, quant à elle, anticipe le risque qui accompagne le spectacle. L'infirmière, qui ausculte le patient/acteur avant et après*

⁵⁴³ Professeur François LECERCLE Université Paris-Sorbonne (CRLC), « *Violence de la représentation et rupture de protection mimétique* », université de Strasbourg, 22 février 2011, pp. 12-13.

⁵⁴⁴ *Ibid.*, p. 13.

toute intervention, marque déjà la précarité du jeu et la possibilité d'une défaillance corporelle. La condition humaine de l'acteur ainsi soulignée, il est impossible pour le spectateur d'oublier l'humain derrière le protagoniste durant l'interprétation des textes »⁵⁴⁵.

Ève Irène Therrien démontre qu'en tant qu'observateur ou spectateur de cette action culturelle, il est indispensable de s'éloigner complètement de l'empire, de l'autorité et de la mobilisation de la représentation. Il y avait l'effet de la pièce jouée, mais aussi de la projection en temps réel des images de l'expérience sur l'écran géant, l'excitation sonore, les instruments médicaux qui font l'objet de la torture sur la chair du comédien-patient. Ces éléments augmentent dans leur ensemble le suspense, l'ambiguïté entre le réel et le ludique et en plus de cela, ils intensifient davantage la conception de la torture et de la douleur. Le fait de diffuser un corps ouvert sur scène ou le fond d'un œil examiné ou une bouche qui souffre sous les effets des outils dentaires présente tous les signes de la destruction, de la dégradation du corps humain. Parfois le patient se soulage dans sa tête en gardant l'idée de la fiction, ce n'est qu'une mise en scène productive puisque le Docteur Crête informe parfois son public à la fin de la représentation qu'il y a dans une de ses expériences une partie simulée sans la nommer. Il reste au public présent de chercher à savoir laquelle a été simulée. Comme d'autres se posent la question : n'est-elle pas totalement de la fiction ? N'est-elle pas une expérimentation de comédiens chevronnés ? Le spectateur se voit embarquer dans une mascarade d'un côté, et, dans un autre, dans une révélation très ambiguë. Les monologues insérés dans l'expérience sont aussi violents et font peur au public. Ce dernier conclut que les expériences du Docteur Crête sont cruelles, sauvages avec des tortures physiques et mentales. Plus des maux que des mots, ce sont des spectacles de supplices, de souffrances et de chair meurtrie. Les laboratoires Crête manipulent certes des mises en scène cliniques, avec des données de la science pour informer son public, mais la terreur y est irréversible pour le regard. Ces représentations gênent le confort du regard et renversent le sujet de l'étude. *« Au lieu de lire la proposition comme suit : l'instigation de la douleur sur le corps de l'acteur, on devrait lire : l'instigation de l'effet de la douleur sur l'esprit des spectateurs. Au début, le spectateur est sagement assis derrière son pupitre à prendre en note ses impressions. À mesure que le spectacle augmente en cruauté (fictive ou non), le rire de la salle croît. Le plaisir prolifère, mais le dégoût aussi. »⁵⁴⁶*

Le public présent abandonne peu à peu son rôle de spectateur et se laisse diriger par ses propres fantasmes qui, d'une manière générale, sont des sentiments de culpabilité. Le comédien-patient peut réjouir son public par le fait d'accepter que son corps soit examiné et qu'il soit ouvert au vu et au su de tout le monde, mais peut aussi le gêner et le perturber par la peur. Sans le vouloir, la sensibilité du public est exaspérée par la présence de la violence dans le texte employé, mais aussi dans le fond de la mise en scène. Dans chaque représentation théâtrale, il y a toujours un témoin de la performance érotique. Toutefois, le témoin se diffère d'un acte à l'autre, il y a celui qui arrive à faire la différence entre le réel et le ludique et il y a celui qui se laisse emporter par la mise en scène et n'arrive pas à faire la distinction entre ces deux temps. Il est alors dans ces deux aspects : réalité et fiction, qui constituent le cœur même

⁵⁴⁵ Ève Irène THERRIEN, « *Le Corps sous le signe de la torture : une question de plaisir. Le Théâtre médical des Laboratoires Crête* », *op. cit.*, pp. 11 et 12.

⁵⁴⁶ *Ibid.*, pp. 11 et 12.

de la pièce de théâtre. C'est dans la douleur, qu'elle soit réelle ou simulée, que se tisse le lien du va-et-vient entre comédien et spectateur.

Le spectateur est-il capable de donner ou de fixer la limite entre ses fortes émotions et la partie de la représentation fictive ou réelle la plus sordide ? « *Face à ce dilemme entre l'illusion et la désillusion, il est obligé de prendre parti, ce qui provoque en lui une auto-évaluation au sens moral : jusqu'où doit-on accepter la violence de cette expérience ? Certains spectateurs quittent la représentation, contestant ainsi la pertinence du spectacle, mais la plupart restent, intrigués par ce qui se déroule devant eux.* »⁵⁴⁷

B] LES RÉPLIQUES DE LA PEAU MISE EN SCÈNE

Les comédiens mettent en scène un corps infecté par une maladie pour expliquer à l'audience ce qui se passe lorsque le corps est attaqué. La maladie agresse le corps d'une manière discriminatoire : les différentes couches de la peau, le cerveau et les poumons à l'exemple de la peste, la rougeole et autres. Elle cherche les endroits où siège la faiblesse de l'être humain où la volonté, la conscience et la pensée sont étroitement liées pour faciliter la manifestation de la maladie. C'est dans la partie contaminée que s'assure la gestion de la médiation entre l'agression réelle de la maladie et les désirs émis par le sujet. L'acteur se met à la portée du docteur pour être examiné, accepte que le médecin lui touche et dévoile sa fragilité. Comme il a été bien affirmé par les médecins, plus que le corps, la peau est la partie idéale pour appréhender un réel fantasmé. Le corps est donc dans son ensemble une construction sociale puisqu'il est défini par son sexe, sa race, sa taille et son âge. Dans le théâtre des Crêtes, « *une tension s'exerce entre la peau du sujet et les étiquettes culturelles qu'on y colle, qui est attribuable à l'application de la douleur. Cette tension ouvre alors la voie à une identité corporelle plus personnelle et plus authentique parce que, malgré son rôle de surface ou d'enveloppe, la peau est intimement reliée à "l'intérieur" de l'individu.* »⁵⁴⁸

Lorsque la peau est mise sur scène, elle subira toutes formes de tortures qui amèneront le comédien-patient à trahir ses sentiments de pudeur et l'expression de sa maladie. La raison est simple, elle subit toutes sortes de peines, elle est détruite, mutilée, traînée et elle est mise à nue dans son identité sociale et plus particulièrement dans son identité individuelle en tant que personne malade. Les marques laissées par les instruments de torture laissent croire aux efforts de l'artiste patient, mais aussi à l'authenticité de ses actions. Il est clair que ce sont des actions visant à produire des effets corporels, mais aussi à révéler un dilemme absolu entre l'information donnée et la résistance à la recevoir. « *Le désir d'atteindre ce "réel" s'avère utopique en fait, car le but à atteindre, à savoir la production volontaire et sur demande de cet état "authentique", est toujours renvoyé au prochain véritable stimulus. Les réelles sensations de douleur, génératrices d'un état de conscience "authentique", échappent toujours à l'acteur. Son jeu consiste alors à vivre un va-et-vient sensoriel entre le corps et la peau.* »⁵⁴⁹

La peau souffre d'une autre maladie qui est devenue à la mode. La beauté dans les pays africains reste un facteur conséquent et dangereux pour la peau. Ce fléau a attaqué au

⁵⁴⁷ *Ibid.*, p. 13.

⁵⁴⁸ *Ibid.*, p. 8

⁵⁴⁹ *Ibid.*

début la femme africaine, mais actuellement il est devenu une calamité et infecte l'homme africain. Être tout blanc ou toute blanche est un signe de beauté de la peau à deux tons. Les acteurs de théâtre mettent en scène plusieurs pièces pour mieux convaincre la population du danger que présente la dépigmentation. Une grande partie des femmes africaines n'acceptent plus la beauté naturelle, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de femme naturelle ou naturellement noire. Le danger persiste dans tout le périmètre du continent africain au su du corps médical et de l'autorité étatique. Cela signifie que les autorités ont opté pour le changement de couleur de peau en Afrique. L'objet de la souffrance de cette maladie volontaire est de devenir une femme au teint clair. Malgré tout ce que la dépigmentation cause à la peau, elle continue de séduire la population africaine et parfois même les femmes ont le soutien de leur compagnon ou de leur époux. Cette nouvelle forme de torture de la peau n'épargne personne, les femmes de toutes catégories d'âge comme les jeunes garçons. Cette réalité évolue rapidement avec un taux de croissance très considérable et son lot de conséquences est réel.

1) La souffrance de la peau : la dépigmentation

Les Congolais et Congolaises, Camerounais et Camerounaises, Béninois et Béninoises, Ivoiriens et Ivoiriennes et autres sont touchés très sérieusement par ce fléau de changement volontaire de la peau, un phénomène de société. Ils considèrent que le teint clair est un signe d'aisance sociale, raison pour laquelle la population africaine, plus particulièrement les femmes, cherche à se dépigmenter. Cette peste ne touche pas seulement la femme illettrée, elle touche également celle qui est lettrée. Elles n'arrivent pas à résister aux inspirations de changement de couleur de peau. Des établissements de soins et des institutions artistiques luttent contre ce phénomène, mais ils restent toujours impuissants puisque ceux qui pratiquent la dépigmentation avancent les raisons suivantes : complexe d'infériorité, choix esthétique ou la mode ; quelle que soit l'argumentation, il est difficile d'éviter ce phénomène dans l'esprit de la femme africaine puisque son milieu le lui impose involontairement.

Pour les femmes, cette pratique influence la sensualité des hommes et les rend belles et admirables. C'est une pratique tellement coûteuse que parfois se pose la question de savoir où ces femmes se procurent le financement, étant donné que la plupart d'entre elles ne travaillent pas. Il est possible par exemple pour une femme noire de nature ou qui était noire le 25 décembre 2017 de devenir blanche le 1^{er} janvier 2018, ce qui montre la vitesse et l'efficacité de certains produits utilisés lors de la pratique. Une famille qui souffre de la famine et qui n'a rien à manger pendant des jours et des jours peut avoir de l'argent pour l'achat de produits éclaircissant chaque troisième jour de façon répétitive. C'est en principe les hommes qui encouragent leurs femmes à utiliser ces produits nocifs. C'est pourquoi la plupart des ateliers théâtre-santé et esthétique sont vides. En revanche, il y a plus d'activité ou de participation dans ceux sur le sida et autres. La femme africaine a dans tête l'idée que si elle était restée toujours noire, elle n'aurait pas eu la chance de se marier.

C'est étonnant, mais c'est la réalité du fait que les hommes soutiennent leurs femmes et même certains d'entre eux s'y adonnent soit totalement soit en essayant cette pratique. Le danger de cette maladie volontaire est que les hommes qui pratiquent la dépigmentation soit par plaisir soit par influence disent que c'est parce qu'ils sont des artistes comme si être un

homme noir ou de couleur noire les empêchait de trouver leur inspiration artistique et qu'il leur fallait un changement de couleur pour pouvoir être inspirés.

Dans les rassemblements de théâtre, les médecins et des hommes du théâtre expliquent que les hommes et les femmes qui pratiquent la dépigmentation ignorent les conséquences qui se manifestent silencieusement sur la peau et qui sont déplaisantes et provoquent ainsi la peur du public.

a) Les causes de la dépigmentation en Afrique

Pourquoi faire souffrir le corps volontairement ? Pourquoi faire disparaître sa nature ? Pourquoi la dépigmentation ? Pourquoi la couleur blanche est-elle considérée comme plus belle que la couleur noire ?

Le fléau de la dépigmentation est apparu en Afrique dès les années soixante. Plusieurs raisons sont à l'origine de ce phénomène.

- Dans un premier temps, il y a le complexe d'infériorité datant de la période coloniale. Une période où le Blanc ou le colon est perçu comme supérieur à l'homme noir. À cette même période, le teint noir est considéré comme une malédiction. Par l'observation de cette analyse, les pays qui ont connu une forte expérience coloniale très brutale sont généralement attirés par cette pratique : Côte d'Ivoire, Cameroun, Niger, Sénégal, Congo, Mali, etc.

- Dans un second temps, les causes sont liées à des raisonnements religieux. Par exemple les grands hommes de la Bible sont de couleur blanche. Il y a aussi l'idée du clair et de l'obscur, des cieux et des ténèbres. En général, le noir est le symbole du mal et le blanc le symbole du bien.

- Enfin, il y a des raisons purement esthétiques. La femme claire de peau est plus belle que celle de teint noir. La plus grande partie des stars et des chanteuses qui passent à la télévision, dans les magazines ou dans les séries télévisées sont des femmes blanches ou des métisses. Le recours à cette pratique devient donc la mode en Afrique.

C'est une des conséquences psychologiques de la déification des hommes blancs et des Européens et des Arabes ainsi que du mépris attaché au statut de l'homme noir ou de couleur noire. Lorsqu'une personne pratique une religion qui lui est étrangère, il est fort probable qu'il y ait la formation d'une nosologie qui s'appelle le syndrome de Stockholm, une maladie très dangereuse dont la personne ne se rend pas compte de l'évolution. Cela a été démontré dans un atelier de théâtre au Centre de Lecture et d'Animation Culturelle (CLAC) d'Ikoni aux Comores, par le comédien Nourdine Bacar : deux petites filles, une Noire et une Blanche, sont sur scène avec deux poupées, une noire et une blanche. Il leur a demandé de prendre une poupée chacune. Dans un premier cas, la petite fille blanche a pris la poupée blanche et la petite fille noire la poupée noire et dans un deuxième cas, la petite fille noire est seule sur la scène, l'artiste lui a demandé de prendre une poupée et elle a pris la poupée blanche. Il lui a demandé pourquoi la poupée blanche ? La petite fille a répondu, c'est parce qu'elle est trop belle. Le pire c'est qu'il a encore demandé : « *Tu ressembles à quelle poupée ?* » et la petite fille noire a soulevé la poupée noire. L'artiste voulait montrer au public le degré de désagrégation de l'homme noir. Définir jusqu'où il est imposé de se haïr soi-même. C'est pourquoi la dépigmentation est devenue une maladie voulue en Afrique.

Toutefois, la peau noire est la peau la plus solide de tout être humain. Elle est très riche en kératine, mais l'homme noir n'a pas de confiance en soi.

b) Les dangers de la dépigmentation artificielle

La plupart de pays concernés utilisent le théâtre comme moyen de communication pour faciliter l'éducation pour la santé. Mais la femme africaine n'a point d'oreilles sur ce sujet et l'accord de son partenaire reste un facteur d'encouragement et par conséquent, elle n'envisage pas à arrêter cette pratique. C'est la raison pour laquelle l'industrie pharmaceutique africaine, asiatique et d'Amérique du Sud profite de la faiblesse des femmes sur le thème de la beauté pour définir un modèle de production qui s'est pratiquement imposé et qui encourage la dépigmentation ce qui malheureusement ne correspond à aucune culture mondiale puisque c'est dans diversité humaine que la culture se distingue. Il est même identifiable très rapidement par la couleur de la peau. Comme l'a toujours dit le comédien Nouridine Bacar, le sujet est encore tabou, mais c'est une réalité loin de la mise en scène. La peau africaine souffre d'une décoloration ou d'une coloration blanche. La peau noire est en voie de disparition.

L'usage des produits cosmétiques et chimiques en Afrique constitue un véritable problème tant social que de santé publique. La plupart de ces produits sont des médicaments qui sont détournés de leurs usages habituels pour des fins de dépigmentation : les corticoïdes, l'hydroquinone comme diprosone, ami white, bio claire belle face, etc. Il y en a d'autres qui sont beaucoup plus utilisés comme le carotène, la vitamine C ou les acides de fruits comme le citron, le lemon ou le mercure. Dans les milieux défavorisés, les plus démunis, la dépigmentation se fait l'aide d'eau de javel ou de gel, de lait dont la teneur chimique est très élevée.

Cette pratique encourage un développement favorable des maladies liées directement à la peau. Le problème est dans le temps : à long terme et à court terme. Elle entraîne des risques de cancers de la peau. Selon les scientifiques, les produits chimiques à base des composants de dépigmentation sont généralement nocifs et cancérigènes. Cette pratique favorise les risques de plaies et de dermatoses : le pityriasis versicolore, la gale, les dermatophyties, l'apparition de dermatoses, les boutons et les pyodermites superficielles. Ces plaies gagnent la peau lorsqu'elle est trop décolorée. La personne aura plus de vergetures sur la peau et perdra son esthétique et sa beauté. Le vieillissement cutané accéléré par ces produits et par la faiblesse de la peau, des brûlures cutanées sur le visage et tout au long du corps, sont les manifestations d'une peau dévitalisée et surtout fatiguée. La peau perd de jour en jour son épaisseur ainsi qu'une partie de ses fibres cellulaires ce qui provoque davantage de taches et rend la cicatrisation difficile.

Dans cette énumération des risques, il y a aussi les dangers sanitaires tels que la puanteur des pieds, l'irritation des yeux, les mauvaises odeurs corporelles, la coloration des ongles qui noircissent, la présence de deux couleurs sur le corps : une partie noire et une partie blanche, l'hyperpilosité, les taches d'acné accentuées et enfin la difficulté de faire revenir la couleur initiale de la peau. Pour y remédier, il faudra consulter un dermatologue et faire usage de produits naturels qui aideront le développement de la peau.

Il faut donc éviter d'être multicolore comme a indiqué Nouridine Bacar lors de ses échanges artistiques : la femme africaine est devenue un caméléon. Les conséquences sont importantes et énormes. L'esthétique qu'elle souhaitait est ainsi dégradée. Les genoux et les revers de la main sont devenus noirs, le dos envahi par des boutons et des taches semi-noires semi-claires et des douleurs intensives sont apparues. La dépigmentation est loin d'être un moyen de se faire belle, elle dévoile sa seconde face aux utilisatrices de ces produits, elle contamine aussi leur sang. Au-delà des effets dermatologiques, elle en provoque d'autres comme des altérations osseuses, du diabète, de l'hypertension artérielle et d'autres. Les femmes enceintes ou en phase d'allaitement qui pratiquent la dépigmentation mettent en danger leurs bébés.

2) Les effets des actes terroristes au grand théâtre

Le monde actuel est envahi par le terrorisme et la peur règne dans les milieux publics. Les terroristes ont un objectif très radical, faire souffrir le corps humain tant son physique que son moral. Ces actes n'épargnent aucun continent ni peuple ni aucune catégorie d'âge ou de sexe. Par exemple en Afrique les Pirates de la Somalie, l'État Islamique, Boko Haram au Nigéria, ou Daesh et tout autre mouvement qui garde la philosophie de tuer au nom de l'Islam. Ils veulent imposer en général une identité culturelle contre laquelle s'opposent des populations comme les Kurdes par exemple qui se mettent en conflit contre la Turquie pour demander la reconnaissance de leurs droits politiques d'une part, et, d'autre part, de leurs droits culturels. Le problème est que l'intégration de la dimension humaine dans les mesures de développement économique n'a toujours pas atteint les objectifs imposés par l'humanité, la lutte contre la pauvreté. Il est encore évident de chercher à savoir s'il est possible d'exercer ses droits culturels en étant pauvre, affamé et malade sans possibilité d'accès aux soins. La communauté internationale est défiée par les terroristes dans la propagation de la machine à tuer, de guerre, de terreur, mais aussi par le frein au développement économique et culturel.

Cela peut choquer, mais c'est la réalité. Le Djihad est une forme de tragédie. Les dramaturges essaient d'usurper cet acte et de le représenter sur les scènes internationales dans le but d'informer le public, d'expliquer pourquoi et comment ces gens-là se lancent dans la tuerie sans vergogne. C'est ainsi qu'à Paris plusieurs théâtres mettent sur leurs affiches des pièces des représentations théâtrales qui parlent des djihadistes et de la radicalisation des jeunes et surtout de ceux qui partent pour faire la guerre en Syrie. Il y a des auteurs et des metteurs en scène comme Ismaël Saïdi, auteur d'une pièce intitulée *Djihad*, qui se posent la question et cherchent à savoir comment un jeune né et qui a grandi à Saint-Denis, qui a fréquenté les écoles d'Île-de-France, peut se radicaliser et passer du côté obscur pour partir faire la guerre en Syrie. Il affirme que cela lui a permis de comprendre qu'il y a un énorme travail à faire sur « *l'éducation citoyenne* »⁵⁵⁰ et surtout du côté des jeunes.

La pièce d'Ismaël Saïdi a surpris le spectateur belge et sa pièce a été officiellement retenue comme outil de lutte contre la radicalisation au sein du système éducatif national belge. À chaque fin de représentation, un débat est ouvert pour échanger avec le public et il considère que son spectacle est un préliminaire au débat. Des journalistes, des sociologues et

⁵⁵⁰ Laxmi Lota, Gilbert Chevalier, « Théâtre : "Djihad", la pièce qui utilise "le rire pour parler d'un sujet dont peu de gens arrivent à parler" », Franceinfo, 17 septembre 2016. <https://www.francetvinfo.fr>.

des islamologues y participent. Il met l'accent sur l'explication des textes coraniques qui doit être faite aux jeunes qui ne connaissent pas vraiment les significations et les révélations de ces textes.

Auparavant, il y avait l'exploitation de Judith Depaule⁵⁵¹ qui mettait le terrorisme à l'essai de la scène. Elle faisait jouer sur les scènes de Rennes *Les Enfants de la terreur* en parlant de la lutte des armées révolutionnaires des années soixante-dix, dans le cadre du festival Mettre en scène organisé par le Théâtre national de Bretagne. Elle a encore travaillé sur plusieurs thèmes comme : « *Qui ne travaille pas ne mange pas* » (en 2004), « *Corps des femmes* » en 2008 jusqu'à 2011.

Il y a encore l'effet de la représentation médiatique des actes terroristes sur les écrans qui ne facilite pas la lutte ou ne réduit pas les actes terroristes. Aux États-Unis par exemple, lors des attentats du 11 septembre 2001, la réception de l'information est réduite à l'image spectaculaire télévisée qui passe en boucle à la télévision. L'impact était très grave parce que le cycle d'information de vingt-quatre heures sur vingt-quatre s'est réduit à la boule de feu sur le World Trade Center écrasé par un des avions détournés par les terroristes. La culture informative américaine n'a jamais connu autant de saturation d'information spectaculaire visualisée en direct sur l'ensemble des chaînes comme ce jour-là.

a) Est-il possible de représenter les actes terroristes au théâtre : le 11 septembre 2011 aux États-Unis ?

Le théâtre étant « *un lieu où l'on regarde* », il est intéressant de représenter les actes terroristes sur les scènes dramatiques pour permettre au spectateur de voir un plus loin que ce que le spectacle démontre. C'est dans ce sens que le dramaturge essaiera de faire découvrir à son monde le pourquoi, le comment, la procédure et les causes possibles qui poussent les djihadistes à mettre leurs vies en danger et celles des autres.

Comment les hommes du théâtre, au cours d'une représentation scénique, vont-ils donner à comprendre et démontrer comment ces actes se sont produits et diffusés ? « *Après les attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis (11/9) et de juillet 2005 (7/7) à Londres, de nombreux textes et productions théâtraux, qui vont du registre du réalisme documentaire à celui de l'expressionnisme lyrique, ont vu le jour.* »⁵⁵² Il y a par exemple : « *Decade, écrit par Headlong en 2011, comprend une série de très courtes pièces qui commémorent le dixième anniversaire des attaques du 11/9. Je concentrerai ici mon attention sur deux d'entre elles : d'abord une pièce qui reproduit des faits réels intitulée Epic, de Simon Schama, puis une scène de fiction, Gift, écrite par Ella Hickson.* »⁵⁵³ La mise en scène de *Decade* a repris et a reproduit les images médiatisées avec tous les détails du 11 septembre 2001. La salle où la représentation était effectuée a été transformée, son entrée a été modifiée sous forme d'une maquette symbolisant la zone de sécurité d'un aéroport. Avant d'entrer dans la salle, il y avait des comédiens munis de détecteurs des métaux et habillés en costumes de douaniers américains qui faisaient le contrôle aéroportuaire. Une fois dépassée cette porte, le spectateur

⁵⁵¹ Théâtre-Contemporain.net, Teaser du spectacle « *les enfants de la terreur* », créé le 4 novembre 2014 à Mettre en scène, Théâtre national de Bretagne/Rennes, consulté sur le site le 18 mars 2019.

⁵⁵² Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAT et Alain VIALA (sous la direction de), « *Corps sur scène* », *op. cit.*, p. 191.

⁵⁵³ *Ibid.*

était accueilli par d'autres comédiens en prenant les escaliers de descente vers la salle du spectacle. « *Il se trouvait alors au 107^e étage de la tour du nord World Trade Center, au cœur des baies vitrées du restaurant « Windows on the World » depuis lesquelles on admirait Manhattan. Un fond de toile azuré reproduisait le ciel brillant et reconnaissable du jour où les deux avions se sont jetés dans le WTC. Une fois les spectateurs installés à leur table, entraînait un homme vêtu d'une robe noire, les pieds nus et une calotte musulmane sur la tête. La serveuse vérifiait la liste des réservations et au moment où elle s'arrêtait sur le nom "Mahamed att", cet homme pliait la carte du restaurant en forme d'avion et la lançait comme une flèche dans la foule. La bande sonore évoquait alors le grondement d'un avion puis son impact. Des employés de bureau terrorisés se mettaient à courir dans les sens puis soudain, c'était le noir. On retrouvait ainsi, en son et en image, tous les tropes familiers avec lesquels le 11/9 a été construit et partagé dans les médias.* »⁵⁵⁴

Cette représentation a provoqué chez les spectateurs des émotions et leur a permis de vivre la peur du 11 septembre 2001. La réflexion du public était comment survivre dans ce genre de situations ? Il en est de même, quand il s'agit de la pièce écrite par Mohammed Kacimi, auteur algérien, jouée du 6 au 11 juillet 2017 à Avignon, intitulée : *Moi, la mort, je l'aime, comme vous aimez la vie*. Il s'est inspiré des textes publiés dans le journal *Libération*, qui relataient les derniers échanges entre la police et Mohammed Merah, quand ce dernier a assassiné trois militaires à Toulouse entre le 11 et 15 mars 2012, avant d'être tué. Il a fait son parcours fuytif jusqu'au 19 mars, assassiné trois enfants et un enseignant d'un établissement scolaire juif dans la même ville et a été abattu à son tour le 22 mars 2012. Le spectacle a provoqué beaucoup de réactions et a attiré l'attention des jeunes adolescents.

b) Enjeux de la mise en scène des actes terroristes

À partir des exemples cités précédemment, il est possible de répondre à la question posée sur la représentation des actes terroristes au grand théâtre. Il y a bien sûr une relation entre les événements terroristes et les activités théâtrales. De prime abord, c'est parce que les actes terroristes visent à détruire le corps humain pour donner des messages, qu'ils soient culturels ou religieux et économiques. C'est pour cela que la majorité des pièces de théâtre s'inspire des actes terroristes qui sont visuellement étonnants et saisissants pour toucher la sensibilité, l'émotion, et la réflexion de l'homme et leur permettre ainsi d'aller plus avant dans la vie réelle. C'est un moyen de faire intégrer le spectateur dans le jeu pour qu'il ne reste pas trop dans la fiction. C'est dans le jeu théâtral que l'esprit de l'homme restera en éveil et informera son proche tous les jours par l'effet des images de la représentation qui restent dans sa tête et qui influencent son imagination. Les grands hommes du théâtre utilisent une expression très connue qui peut être interprétée ainsi : l'image peut tuer celui ou celle qu'il l'a bien reçue.

Quelle est la différence entre les images terroristes diffusées dans les médias et les représentations théâtrales qui ont repris les mêmes actes terroristes sur la scène dramatique ?

Rien ne diffère dans l'image reçue elle-même, mais ce qui change c'est la vivacité et la pénétration de l'image dans les yeux de celui qui regarde. Le fait de percevoir l'image à la

⁵⁵⁴ *Ibid.*, p. 192.

télévision peut être observé comme une fiction et dans ce cas, la mobilisation du public peut être minime et insignifiante. En revanche, revoir les mêmes images dans les théâtres place le spectateur à une distance très proche de l'acte et son attention est alors retenue, immobilisée – le réel tenant le ludique en état.

PARAGRAPHE 2 - LE RÉEL ET LE LUDIQUÉ EN COMPAGNIE

De prime abord, le regard du public rend légitime l'acte mis en scène. Le voyeur est un élément essentiel dans la représentation, puisque l'acteur cherche ou désire ressentir de près les effets du regard et de l'observance par ces actions. Raison pour laquelle il expose son corps à tous les dangers et dans toute son intimité. Le comédien cherche à plaire à tout prix et le spectateur a besoin d'émotion. Il a besoin d'être ému c'est justement pourquoi il se livre à la volupté et tente de comprendre par tous les moyens, même les plus actifs.

Le réel et le ludique mettent tout d'abord le comédien en danger par l'idée de vouloir plaire et satisfaire son public. Ce dernier attend d'être ébranlé en totalité au fond de lui, même par les moyens les plus violents possible. Impérativement, c'est davantage dans la douleur que l'attention est très rapidement mobilisée que dans le plaisir. En revenant sur les expériences du Docteur Crête, Ève Irène Therrien expliquait que « *devant ses compagnons entrelacés et lascifs, l'acteur répète difficilement son texte. Avec de plus en plus de peine, l'orateur s'enlise, puis poursuit pour enfin prononcer les derniers mots du monologue. Le groupe de comédiens, qui observent sa performance, demeurent, quant à eux, attentifs jusqu'à la fin, appréciant – et encourageant – sa lutte contre la douleur. Cette dernière scène souligne combien les deux termes "privé" et "public" s'interpellent dans le sadomasochisme et le voyeurisme pour intensifier les émotions. Le regard illicite du voyeur maintient l'intensité de l'action supposée personnelle. Ce regard diffère de l'activité commune d'un spectateur de théâtre ; le voyeur enfreint la "vie privée". Il voit quelque chose qu'il ne devrait pas voir, puisque la souffrance qu'éprouve l'acteur suppose un moment de grande intimité. La douleur oblige un corps à corps : c'est un corps retourné vers son propre corps, attentif à la moindre sensation pénétrante. L'inquisition du voyeur fait une brèche dans ce mouvement intérieur et clos. Cette ouverture inscrite sur la chair du comédien est en fait le stigmate de la communication : c'est un point de rencontre entre le fantasme du spectateur et celui de l'acteur. La fluctuation entre fiction et réalité, mort et vie, lucidité et inconscience, privé et public se joue donc à fleur de peau. Et c'est sur cette carte épidermique que spectateurs et acteurs confrontent leurs propres limites.* »⁵⁵⁵.

La question du réel et de la fiction peut être utilisée dans plusieurs domaines liant la santé et l'art théâtral. Ainsi le Groupe Ekibio, qui distribue des produits alimentaires bio et qui compte moins de cinquante salariés, n'est pas soumis à l'obligation de la création d'un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), mais il a décidé malgré tout de le mettre en place. Le responsable qui accompagne ce groupe dans les mesures de sécurité, le consultant-formateur Bernard Le Borgne, a opté pour le théâtre forum pour véhiculer ses mesures de sécurité. Il expliquait la raison qui l'a poussé à choisir ce moyen de formation et de communication de messages sécuritaires. « *J'ai choisi d'utiliser le théâtre*

⁵⁵⁵ Ève Irène THERRIEN, « *Le Corps sous le signe de la torture : une question de plaisir. Le Théâtre médical des Laboratoires Crête* », op. cit., p. 15.

forum, car cet outil rend la formation plus participative et favorise les échanges entre personnes. De cette manière, les salariés trouvent par eux-mêmes les solutions et prennent conscience de ce qu'ils savent déjà. Grâce au côté ludique, ils intègrent plus facilement les apports théoriques que je peux faire. »⁵⁵⁶ Il met en place un jeu de rôle, c'est-à-dire qu'il reprend des pièces de théâtre en lien avec les mesures de sécurité qu'il veut mettre en place et implique le salarié soit dans le jeu directement soit dans l'option du regard par laquelle le salarié doit en permanence observer ce que les autres font dans l'atelier. Le travail a pour but de pérenniser les mesures de sécurité, d'une part, et, d'autre part, cela permet d'apporter un espace convivial, plus démocratique et libre, mais aussi moins formel. Pour lui, le côté ludique soutient l'adaptation des salariés dans l'ensemble des mesures de sécurité et d'hygiène sans faire appel à des normes contraignantes. Ils s'habituent aux disciplines par des mises en situation, ce qui a poussé certains employés à se réapproprier la démarche pour la mettre en pratique quotidiennement. Ces expériences démontrent clairement que dans le réel ou pour la réussite du réel, il est indispensable d'avoir l'irréel.

A] LE RÉEL ET LE LUDIQUE (L'ARTIFICIEL)

Le réel peut être défini dans cette recherche comme étant la vie quotidienne du patient ou du comédien-patient vécue tous les jours de façon personnelle, familiale, professionnelle et sociale, etc., avant d'être sur scène et d'incarner le personnage édicté par le dramaturge ou le maître du jeu scénique. Le réel n'a jamais fait l'objet de problématiques lors des ateliers théâtre-santé, il est plutôt la source d'étude dans l'espace ludique et permet de sortir le réel du vraisemblable. Il est dans ce cas logique de préciser que c'est dans le monde réel que vit l'espace ludique. Tout ce qui n'est pas réel est artificiel.

Dans l'activité théâtrale à l'hôpital, le ludique ou l'artificiel sont la partie du jeu scénique en tant que zone de créativité dont la motivation n'est pas l'action ou le résultat efficace au-delà de la réalité, mais plutôt, de donner une chance au patient de vivre sa liberté d'expression, de mesurer ses tendances instinctives sans lui imposer un contrôle d'efficacité rationnel. Certains hommes du théâtre pour l'éducation de la santé disent que l'espace ludique est un espace à part qui demande un regard de la littérature et de la science et qui sépare la vie quotidienne du patient, du côté de la réalité, d'une part, et, d'autre part, le jeu à proximité de la vie habituelle. Ces deux lieux créent des espaces d'échange et de lumière sur des thématiques de santé dans les différents espaces des sociétés. Le jeu dramatique apporte largement, par son côté ludique, de l'esthétique et de l'éclairage dans la vie éducative du patient. La fiction est présente dans les établissements de santé pour veiller et motiver les malades qui ne peuvent vivre en dehors de leur espace fictionnel.

C'est dans ce deuxième espace que le spectateur montre davantage d'intérêt, afin de mieux comprendre ce qui se passe dans la représentation scénique, puisque faire sortir la partie artificielle de la scène permet l'identification du personnage et la limite de la fiction. L'espace imaginaire de chaque comédien-patient est devenu le centre d'inertie d'information médicale, il est au cœur de son exercice. La question se pose lorsque le patient qui est sur la scène vit sa vie pour témoigner ou authentifier certains effets d'une maladie quelconque. Il

⁵⁵⁶ Article publié dans *La Gazette de Vienne* (38200) – janvier 2015.

n'est donc pas question d'une activité parallèle ou dépendante, il représente sa vie, il est loin d'une représentation d'un personnage incarné. Il vit ou il joue sa vie. L'espace ludique fait de ce patient le paradigme du malade en quête de sa maladie et de ses soins et qui par le théâtre interroge son destin.

Existe-t-il un espace ludique dans ce cas ? S'il en existe, est-il possible de parler d'un espace ludique ou de plusieurs types d'espaces ludiques ? Ces questions sont importantes parce que c'est dans l'angle de regard que le spectateur ou le voyeur peut aussi situer son regard et son niveau d'appréciation. Le voyeur peut le considérer comme une action libre d'échange de santé, capable d'absorber le patient et sentir comme de la fiction ou à côté de la vie courante. Il est libre d'orienter ses sentiments en fonction de ce qu'il a compris. Certes, à la différence du réel, le ludique demande la présence de règles repérées par leurs déguisements d'étrangeté en face du monde normal. Retenons tout simplement que l'espace fictionnel n'est pas un espace contraignant, il a pour fonction d'assurer la réparation entre l'espace de la vie quotidienne où l'acte présenté a des conséquences, et l'espace artificiel au sein duquel les actes ont leur propre fin. Il constitue un espace de sécurité pour le comédien-patient ou pour le patient sur scène, puisqu'il est dans un milieu où il n'est pas tenu à une responsabilité.

La seule définition qui est tellement applicable dans la pratique culturelle à l'hôpital est que l'espace ludique est un miroir représentant la réalité d'une autre façon ou un reflet du monde d'une manière simplifiée. Mettre en scène le patient pour jouer un jeu de rôle, c'est mettre sa vie dans un laboratoire de l'exigence de santé à travers son espace ludique. C'est donc chercher sa performance sur ce qui lui est demandé et mettre l'accent sur ce qu'il est capable de faire ou de créer de nouveau pour une autre réalité.

1) Le jeu scénique à l'hôpital

Comment faire pour impliquer le voyeur dans une conduite de critiques esthétiques tout au long de l'exercice thérapeutique ?

Le *jeu* est le territoire de l'espace réel et l'espace ludique actuellement pris en état par le « *Programme Culture à l'Hôpital* »⁵⁵⁷ comme un espace festif du théâtre mis en valeur par le professionnel médical, l'artiste, le patient et les usagers qui sont entièrement impliqués par sa puissance et l'idée de propager des mesures sanitaires, hygiéniques et environnementales. C'est une idée de fête communicative que le dernier mot soit affecté au comédien-patient ou au patient lui-même pour faire rire et dont la gaieté se propage dans toute la salle. Au début, le rieur doit faire rire par ses moyens, « *infecter* » le public le virus de rire pour qu'il oublie un peu la douleur journalière de la maladie. Au cours de sa fiction, il doit choisir une méthode pour s'adresser au public et l'intégrer dans ses mouvements pour qu'un climat d'écoute et de réflexion soit bien installé dans le jeu.

Le choix de cette méthode permet au comédien-patient d'évaluer le degré d'intégration de son public, mais aussi d'interrompre les limites scéniques et de la salle établies par les normes théâtrales au profit de la démocratisation de la parole et de droit à l'éducation à la santé. Ces appels, invitations verbales, sont multipliés par des questions posées par le

⁵⁵⁷ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

comédien à son public pour l'inciter à la participation du jeu. Il peut parfois faire des gestes pour symboliser des choses qu'il ne peut pas énumérer ou installer une démarche de complicité muette qui met en relief le développement de la capacité auditive du spectateur. C'est dans cet aspect que la dimension ludique du jeu scénique est recherchée par le voyeur d'une part, et, d'autre part, le maître du jeu essaiera de mieux comprendre la partie représentative de la maladie et la partie performance fournie par le patient.

La scène crée un espace de séparation entre la douleur de la maladie du patient et le plaisir créé par la fiction du jeu dramatique. Ainsi, c'est une autre forme de mettre le corps du performeur en essai dans l'espace de performance. « *L'artiste occupe la position d'un sujet désirant en action, mais n'en reste pas moins un sujet anonyme jouant son propre rôle sur scène. Dès lors, ne disant rien et n'imitant personne, la performance échappe à toute illusion et représentation. Sans passé ni futur, la performance advient.* »⁵⁵⁸

Le théâtre, qui est le monarque de la représentation et de l'illusion, cherche dans les établissements de soins à soutenir sans ambiguïté l'idée du développement de la performance physique et mentale du patient. Il y a en principe, dans chaque atelier, la performance qui découle de la réalité de la vie du patient à laquelle le public doit se conformer pour lutter ensemble contre les mauvais comportements vis-à-vis de la maladie en question.

a) L'espace ludique de la personne impliquée dans le théâtre thérapeutique

Le patient est au milieu de l'espace d'exercice théâtral dont le hasard et le surnaturel forment son espace ludique que développe une nette évolution de son bien-être. Il reste itinérant dans son jeu en vivant chacune de ses émotions d'une manière différente. Il devient un sujet en mobilité, en déplacement pour occuper son espace efficacement. Le jeu est facteur de sédition et perturbe la vie quotidienne du patient. Par conséquent, l'espace public qui ne sait pas où se situer entre l'espace fictif et l'espace réel du patient peut aussi se sentir perturbé.

Il est quelquefois dans son espace avec d'autres patients dont chacun vit un autre personnage pour un autre sujet ou pour l'accompagner dans vie fictive. D'où la raison du travail de groupe ou en groupe. Ce travail est aussi thérapeutique par son aspect d'ouverture admettant au patient d'inventer, de vivre, de parler, de créer, d'imiter, de jouer, d'informer, de communiquer, d'éduquer, etc., tout ce qu'il voit nécessaire.

Est-il obligé de tout improviser ou de suivre toutes les directives du groupe ? Dans son groupe, peut-il fournir ses émotions dans sa forme originale ? Est-il soumis à la pratique *gestalt* du groupe thérapeutique ?

Sans imposer des normes au patient, le maître du jeu doit contrôler l'originalité fournie par le patient qui peut être considérée comme improvisation ou série des cas imaginaires conçus personnellement ou en groupe au cours desquels, en occupant l'espace scénique, il vivra ses émotions d'une manière authentique. Dans ce laboratoire, le patient occupe son espace de jeu et de nombreuses expériences se dévoilent dans sa vie de malade, il en bénéficie pour créer des pistes de connaissance de soi et de changement des comportements éventuels. Dans le jeu, le dirigeant ou l'art-thérapeute peut apparaître quelquefois dans la vie ludique du

⁵⁵⁸ Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAT et Alain VIALA (sous la direction de), « *Corps sur scène* », op. cit., p. 72.

comédien-patient ou du patient proprement dit, sous forme d'animateur lorsqu'il propose des exercices ou des rythmes. Il peut aussi apparaître à la fois comme un artiste quand il participe à la création, au mouvement et/ou à l'action mise en place avec le malade ou comme un arbitre lorsqu'il rappelle des normes de l'exercice. Il se présente enfin sous la couverture d'un artiste thérapeute, car son objet est de soutenir le patient seul ou en groupe dans la démarche croissante des mesures de santé.

Le malade doit, dans son espace l'artificiel, éviter de s'introduire ou de revenir dans l'espace réel pour éviter de fausser l'exercice ou de mêler sa vie personnelle dans la pratique ludique. Il met de côté sa vie réelle au profit de la représentation par la performance recherchée dans son espace ludique.

b) L'esthétique : le ludique, un espace de verdict

Dans la pratique théâtrale, l'espace ludique est le lieu du verdict, le lieu où le patient cherche à se corriger lui-même. Actuellement, le jeu dramatique occupe en soi une place considérable au sein de l'établissement de santé et il devient très familier dans le domaine esthétique. Ce monde artificiel perçoit que l'espace ludique reste pour le patient l'endroit d'une prise de risque éventuelle. Le traitement médical se démarque petit à petit de la médication : art-thérapie, morale et sociale. Le problème qui se pose ici est que le patient n'est jamais libre avant de sortir dans cet espace, puisque son séjour n'est que passager. Mais il y a des patients ou des comédiens patients qui, une fois sortis de leur espace ludique, n'arrivent toujours pas à faire la différence entre les deux espaces. C'est ce que les artistes appellent la « *non-déconnexion* », c'est-à-dire que la personne mise en scène est loin d'être déconnectée de son espace fictionnel. Cet espace a toujours une influence directe ou indirecte sur lui et forge une autre personne. Le jeu est en quelque sorte ce qu'il y a de mieux pour la personne malade, parce que les actes accomplis dans son espace spirituel ont un impact très étroit sur sa vie réelle et surtout sur ce que la thérapie théâtrale a envisagé comme objectifs. En étant au milieu de la scène, le malade retrouve son sens de la vie : il est donc victime d'une aliénation au jeu, il n'appartient plus à son espace réel ou, en étant en dehors de son espace ludique, il n'a plus de goût à la vie. C'est pourquoi le metteur en scène doit toujours faire une évaluation à la fin de l'exercice pour mieux cerner le niveau de l'évolution de santé de son patient. Par le loisir et la distraction que le malade trouve dans les mouvements théâtraux, il ne pense pas ou n'a l'idée de se contrôler que si un acte douloureux traverse son corps.

Cette persuasion affecte aussi le spectateur qui est ébahi par le jeu et emporté au loin par la fiction. Il est passionné par ce que le patient, seul ou en groupe, vit sur scène et il passe son temps à le regarder jouer. Plus il regarde, plus il s'intéresse, mais il ne se lance pas dans le jeu sans l'appel de celui qui est sur scène. L'espace ludique lui rend aussi son verdict par l'esthétique de la représentation, car le spectateur est immobilisé par son regard, mais aussi par ce qu'il souhaite comprendre dans le jeu. Il veut par la suite participer à son tour pour voir s'il a bien compris le message et s'il est capable de répondre aux obligations de l'exercice. Pour cela, la réalité de la fiction s'imposera au nouveau joueur. Lorsqu'il souhaite participer, il est tenu de s'impliquer physiquement et moralement, mais aussi socialement : prouver clairement son appartenance à la communauté du groupe s'il s'agit d'un travail en société. Or, dans le cas d'un exercice pour les enfants par exemple, ils considèrent le nouveau venu

comme un intrus à exclure le plus rapidement possible. C'est donc une question de légitimité et d'insertion qui se pose. Il revient ensuite au maître du jeu de le présenter et de lui trouver une place confortable dans le système pour qu'il soit bien intégré.

Que faut-il faire pour avoir un accès facile au jeu dans le cas des enfants ? Il faut tout d'abord qu'il soit doué et un génie de l'exercice mis en pratique. Il sera donc accepté grâce à son niveau, sans intervention du maître du jeu. Les enfants oublient à tout moment que ce n'est pas un jeu pour lequel il faut trouver des gagnants, mais plutôt un objectif sanitaire qui est visé. Les enfants agissent ainsi parce qu'ils s'échappent ou s'égarer dans leur espace ludique fictionnel.

Le ludique qui est un espace de verdict qui peut être illustré comme un espace délimité entre deux catégories : d'un côté, l'élitiste qui ne veut pas perdre le jeu, qui rejette les intrus et qui cherche toujours à être le premier et, d'un autre, la démocratie qui supprime l'idée de la compétition et qui ne demande pas d'être intelligent pour y accéder. Certes, c'est paradoxal, mais c'est ainsi que fonctionne le jeu des enfants dans les établissements de soins. Il faut éviter, dans l'espace du verdict, le moi pur qui ne s'attache pas à une famille ou à un groupe ou à un autrui et qui reste inhérent à l'individu. *« À ce paradoxe s'en ajoute un autre : l'épreuve qu'affronte le joueur a à la fois les caractéristiques du rituel et en constitue un dépassement. Si l'on admet que le rituel est lié à la répétition possible, le jeu au contraire a à faire avec l'unicité : dans l'espace ludique peuvent surgir des potentialités inconcevables dans le réel, mais apparaît aussi le verdict binaire que sollicite le joueur. À ce titre, tout en étant distinct du monde réel, l'espace ludique en constitue le centre névralgique et la matrice. »*⁵⁵⁹

La personne impliquée dans l'exercice doit être capable de se contrôler. À défaut, elle doit apprendre comment garder la maîtrise de soi. Le verdict est loin d'être le diagnostic donné à chaque fin d'art-thérapie. Il est un passage que le comédien metteur en scène fait passer à son malade ou à toute autre personne participant à la démarche artistique, pour vérifier l'après-exercice du malade ou de la personne participante.

2) Les difficultés de prononciation du texte

La personne malade sur scène qui joue un texte écrit par l'artiste ou une œuvre littéraire doit tout d'abord apprendre le potentiel thérapeutique de la pratique de la lecture et rechercher les axes de l'œuvre définissant l'implication de la personne lectrice. Chaque domaine professionnel a son style d'écriture, ce qui fait que la personne mise en scène doit vivre sa lecture. Une phrase littéraire par exemple, écrite et lue, est forcément différente d'une phrase écrite dans le domaine médical ou juridique. C'est dans la prononciation et la vibration de la lecture que l'émotion et les caractères impurs de l'œuvre s'adressent ou raisonnent, tantôt aux sentiments de la personne, tantôt à ses douleurs. Il est très conseillé de faire jouer des textes littéraires aux patients pour mieux toucher leur émotion plutôt que de les impliquer dans un texte factuel. Il est prouvé que les textes littéraires s'adressent à l'individu dans son intégralité, et non seulement à son niveau de réflexion.

La déclamation d'un mot vers un autre, la gestion du souffle, la vivacité de la phrase et la transmission de son sens demandent la compréhension du texte avant de le mettre en

⁵⁵⁹ Natalia LECLERC, « *L'espace ludique, un espace à part* », Géographie et cultures [En ligne], 82 | 2012, mis en ligne le 26 février 2013, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://gc.revues.org/1292> ; DOI : 10.4000/gc.1292. p. 11.

application. « Par exemple, dans son essai *La Lecture comme jeu*, Michel Picard soutient que la lecture est un lieu de sublimation des pulsions telles qu'elles sont définies par Freud et marquent les stades d'évolution psychique du sujet et sa complexité : pulsions orales, qui se manifestent par une fascination pour le livre, une distanciation minimale d'avec l'histoire et une quasi-passivité par rapport à son déroulement ; pulsions scopiques, qui expliquent la curiosité passionnée pour le récit et le désir de son dévoilement ; pulsions anales, qui se traduisent par un besoin de maîtrise et de déchiffrement des signes ; pulsions génitales par le biais d'un déplacement. L'œuvre littéraire ferait donc notamment appel au lecteur dans sa dimension pulsionnelle. »⁵⁶⁰

C'est dans la vivacité de la lecture que le monde de l'espace fictif traditionnel de l'ouvrage s'approche de celui du jeu d'acteur sur scène. Il est en quelque sorte un espace intermédiaire entre le doute du spectateur d'accepter la réalité que vit le lecteur et la capacité progressive de ce dernier par le détour du jeu d'acteur. Cette phase de lecture constitue l'axe principal de l'illusion, de la fiction qui motive le lecteur dans le jeu. « Pour Picard, le sujet lecteur se divise en sujet lu, qui s'abandonne passivement aux émotions suscitées par la lecture, en sujet liseur, qui "maintient sourdement, par ses perceptions, son contact avec la vie physiologique, la présence liminaire, mais constante du monde extérieur et de sa réalité", et en sujet lectant, qui "fait entrer dans le jeu, par plaisir, la secondarité, l'attention, la réflexion, la mise en œuvre critique d'un savoir, etc." Paradoxalement, c'est ce dédoublement qui permet au lecteur de se constituer comme sujet et de distinguer ce qui se trouve à l'intérieur et à l'extérieur de lui. Le sujet s'inscrit dans l'aire transitionnelle de la lecture, au croisement de l'espace fictionnel et du monde réel, ce qui lui permet d'explorer et de réunir ces espaces auxquels il appartient et qui le nourrissent. En identifiant les trois postures du lecteur, Michel Picard indique la complexité de celui-ci et la nécessité de considérer l'expérience lectorale dans toute sa richesse. »⁵⁶¹

Le but de l'exercice de la lecture est de voir si les émotions psychiques du lecteur se manifestent à partir d'une activité physiologique. Le texte ou l'œuvre littéraire en tant que sources de motivation de l'être humain s'appuient forcément sur deux axes opérationnels psychiques. Ils sont à la fois dans l'orientation lectorale et dans le fond du texte lui-même. L'œuvre peut divulguer des mots ou des expressions que la parole a suspendus pour des raisons de pudeur, de mœurs ou de société. Elle ramène sur scène un langage qui n'est pas habituel dans la vie réelle. Toutefois, la facilité de la lecture dépend de l'hospitalité du livre qui parfois est élargie par le confort du décor scénique. Par exemple la personne mise en examen scénique a dans son environnement théâtral, un coussin confortable, un canapé ou un fauteuil ou bien même une chaise servant de repos en cas de fatigue. Il y a aussi le facteur matériel. Certaines personnes n'adoptent pas la dématérialisation de l'œuvre littéraire. « Outre sa dimension matérielle rassurante, c'est parce que l'œuvre littéraire touche le lecteur qui la regarde qu'elle provoque une telle adhésion à la fiction. Cela correspond à ce que George Didi-Huberman écrit dans son essai *Ce que nous voyons, ce qui nous regarde* : "Voir ne se pense et ne s'éprouve ultimement que dans une expérience du toucher." En effet, « "a rétine est d'abord une peau" qui s'efforce au contact, explique Daniel Bounoux. »⁵⁶². Ce principe

⁵⁶⁰ Sara BÉDARD-GOULET, « *Lecture et réparation psychique, Le potentiel thérapeutique du dispositif littéraire* », *op.cit.*

⁵⁶¹ *Ibid.*, p. 53.

⁵⁶² *Ibid.*, pp. 55-56

de nouvelle forme de langage littéraire provoque une défamiliarisation du sujet, dans le but de l'encourager à regarder un peu plus loin les choses sous un autre angle de compréhension. Il est pratiquement indispensable de séparer le sens du toucher de celui de la vue qui, dans ces aspects, représente la conjugaison de la fabrication de l'image du lecteur, mais aussi de l'imaginaire du spectateur.

Au-delà de la technicité artistique sur la prononciation, la gesticulation et le contrôle de soi, le lecteur doit faire face aux effets de la médecine pour bien assurer son texte. Quant aux expériences du Docteur Crête par exemple, qui utilise des outils de torture pour faire passer le message médical, le comédien lecteur doit supporter ces tortures pour ne pas dévier du texte. Pourtant, il est dans l'obligation théâtrale de vivre son texte, même s'il souffre. Le fait de bien vivre son texte sur scène augmente le nombre des victimes littéraires. Le spectre du texte en expérimentation envoûte le spectateur et l'amène à adopter un nouveau comportement, très semblable à celui du lecteur, même si parfois il est terrifié sans logique apparente.

Le spectre littéraire n'a pas de corps. Il s'approprie celui d'autrui puisqu'il n'a pas d'autre moyen de vivre et de connaître le corps humain qu'en s'introduisant dans un autre corps par sa puissance psychique, c'est-à-dire retirer de son compte la tragédie qui le hante pour la transmettre dans le corps de celui qui joue. Comment la pratique lectorale a-t-elle très clairement la capacité ou le pouvoir de transformer le comédien lecteur ou le patient en exercice et leur corps pour les introduire dans un monde semblable où il est fort possible de ressentir des émotions et des douleurs similaires à celles du monde réel ? Cette expérience *« montre que l'on ne peut faire l'économie de la vie réelle et, au contraire, renforce celle-ci et notre relation au monde, comme le souligne Jean-Marie Schaeffer : la fiction, par son existence même, témoigne du fait que notre vie durant, nous restons redevables d'une relation au monde [...] Elle est un des lieux privilégiés où cette relation ne cesse d'être renégociée, réparée, réadaptée, rééquilibrée – dans un bricolage mental permanent auquel seule notre mort mettra un terme. Le contact du lecteur avec l'œuvre littéraire marque le corps de celui-ci de signes et l'entraîne dès lors, selon Michel Foucault, dans un autre espace : [...] dans un lieu qui n'a pas de lieu directement dans le monde, [il fait] de ce corps un fragment d'espace imaginaire qui va communiquer avec [...] l'univers d'autrui. »*⁵⁶³

Aurore Chestier, dans un article publié aux éditions Dilecta,, précise en faisant le lien entre ces deux corps – l'être de papier source de représentation et l'être de chair sujet principal de l'interprétation – que : *« C'est dans le glissement essentiel, mais délicat, entre le texte dramatique et sa traduction scénique que réside tout l'enjeu de la mise en scène. L'écriture théâtrale est une œuvre en devenir, "un texte troué", selon la formule d'Anne Ubersfeld, qui attend patiemment l'heure de la représentation pour combler les fissures et les blancs inhérents à sa structure dramatique. Tout dramaturge nous livre, en somme, une œuvre en suspens : "Écrire pour la scène, c'est d'abord jouer de la dialectique qu'elle suppose entre le mot et le corps, entre la puissance et l'acte, entre le songe et le réel. [...] C'est un fantôme provisoire que l'auteur a créé et délibérément placé en position d'attente [...]", précise Robert Abirached (1994 : 12). L'existence des didascalies (indications scéniques laissées par l'auteur à l'intention du metteur en scène et des comédiens) en*

⁵⁶³ Ibid., p. 63

témoigne largement : elles constituent, selon Anne Ubersfeld, "des matrices textuelles de représentativité" (Ubersfeld, 2001 : 16). Cette imperfection, au sens étymologique d'inachèvement, propre à l'objet théâtral, signe non seulement l'originalité et la richesse d'une œuvre mouvante, mais aussi la difficulté à appréhender une œuvre qui échappe à la fixité du texte littéraire. »⁵⁶⁴

a) Les souffrances liées au physique

Le corps sur les scènes de l'hôpital souffre de plusieurs manières. Il peut y avoir des effets de l'intérieur comme de l'extérieur. Il y a des patients qui n'osent pas prendre la parole en public, non seulement par peur de se présenter devant le spectateur, mais aussi par la présence du trac ou des raisons proches des douleurs physiques, ou encore qui n'osent pas parler pour éviter de dire n'importe quoi ou qui évitent tout simplement d'être critiqués par le spectateur-voyeur. La parole théâtrale n'est que la voix de l'acteur qui usurpe le corps spirituel du dramaturge.

Le corps est pris en otage par le texte, il s'inspire des mouvements, des gestes et des actions répondants à la finalité demandée par le dramaturge. Être sur scène, c'est s'oublier dans un moment bien déterminé, c'est-à-dire mettre de côté le soi-même. Dépasser ce stade, c'est mettre son corps en évidence, selon l'exigence du spectateur. Par exemple d'un patient qui souffre des suites d'un accident vasculaire cérébral (AVC) et qui doit travailler un personnage célèbre du monde de football de son choix. Son environnement est aménagé pour répondre au contexte demandé : un ballon, un espace et deux chaises qui délimitent ou qui déterminent le camp adverse. Lors de l'expérience, le patient souffrait de deux choses : ses mouvements physiques, mais aussi du fait qu'il n'arrivait pas à répondre aux questions de l'assistance. Il s'est montré courageux, a commencé à jouer, mais les douleurs étaient intenses et l'ont forcé à s'arrêter. Se libérer de l'emprise psychologique de ces douleurs permet le développement et la rééducation du corps. Un autre exemple, imaginaire celui-ci : une femme qui souffre de la maladie d'Alzheimer, qui a perdu son frère il y a quelques mois et qui est très sensible psychologiquement, à qui il est demandé de jouer *Antigone*⁵⁶⁵, un texte de Jean Anouilh. Lorsqu'elle commencera à jouer sa partie et qu'elle s'impliquera concrètement dans son texte, surtout dans la partie où Antigone défend le droit à la sépulture de son frère Polynice, ce que le roi Créon a interdit, il y aura forcément des émotions qui vont lui faire mal, tant dans son intérieur que dans son extérieur, puisqu'il est très probable qu'elle ait toujours des séquelles du décès de son frère. Selon Aurore Chestier : « ...de nombreux dramaturges contemporains se plaisent à accuser les faiblesses et les infirmités physiques de leurs personnages et développent une esthétique de la souffrance et du sacrifice de la chair. On assiste ainsi au paradoxe suivant : plus le corps est dégradé et mutilé, plus il s'impose sur scène. Plus il s'efface, plus il devient rare et, par là même, essentiel. Malmené, désarticulé, amputé, réifié, le corps se gomme progressivement de la scène. La voix, retenue comme un prolongement, une survivance du corps, devient de plus en plus brisée, atone, ténue, jusqu'à n'être qu'un souffle, une simple respiration au travail. Quant à la parole du personnage, elle semble s'éliminer et s'émietter davantage, finissant par n'être qu'une poussière de mots,

⁵⁶⁴ Aurore CHESTIER, « Du corps au théâtre au théâtre-corps », *Corps* 2007/1, n° 2, p. 105-110. p. 4.

⁵⁶⁵ Jean ANOUILH, « *Antigone* », éd. La Table Ronde, 1946, version, 2008.

étendue sur le silence qui l'englobe. Le corps, la voix, le langage, tout ce qui fonde le phénomène humain dans son ipséité semble avoir disparu ou presque. Faut-il en conclure qu'il s'agit là des suites logiques d'un théâtre de la cruauté, d'une cruauté sadique et gratuite, comme certains commentateurs l'ont parfois prétendu ? Certes pas. En fait, et peut-être parce que nous sommes plus sensibles à l'absence des êtres et des choses qu'à leur présence qui nous devient habituelle, le théâtre contemporain tente de nous entraîner à travers des expériences limites, aux limites de l'expérience, afin que nous nous concentrons sur l'essentiel. »⁵⁶⁶

b) Le plaisir du spectateur

Dans les assises théâtrales, il y a toujours celui qui joue et celui qui regarde. Ce dernier est appelé couramment le spectateur, le voyeur, le public ou l'assistance. Il participe à l'atelier pour compléter une phase importante de la démarche qui est le retour du voyeur. C'est ce qui fait que le patient mis en scène est stressé à l'idée de se présenter devant le public.

Il faut aussi prendre en compte le fait que le spectateur-voyeur présent dans la représentation va savourer l'activité du comédien-patient sans s'engager corporellement ou physiquement. Il est l'être le plus fort et le plus résistant dans la relation tripartite de la représentation des actions de tortures sur scène. Il est le plus éloigné physiquement, mais dans le rapport entre le joueur, le maître du jeu et lui, il est le plus puissant par l'effet de son regard et sa résistance. *« Le voyeurisme procure donc un sentiment de pouvoir : le spectateur regarde la scène avec toute la complaisance de celui qui n'est pas impliqué personnellement. Hors d'atteinte, il se sent en sécurité. Mais ce regard comprend un sentiment qu'on ne peut entièrement éliminer : la honte. Même si le spectateur ne risque pas d'être atteint sur le plan physique par l'action qui se déroule sur la scène, il est, néanmoins, compromis par son rôle de voyeur, car lui qui voit illicitement peut aussi être repéré par d'autres. Dès lors, deux éléments contradictoires se manifestent dans cette communauté du regard : un sentiment de honte et un sentiment de puissance qui contaminent tous les deux "l'impartialité scientifique" de l'observation. »⁵⁶⁷*

La question est de savoir si le spectateur ne risque pas de quitter la salle lorsqu'il se sent touché de honte ou de désaccord au moment de la représentation en disant *« prier que cela ne se représente jamais pour ne pas désertier les spectacles »*. Il faut donc observer ce désaccord, cette honte comme une émotion provisoire ou un sentiment passager et notamment divertissant. Dans cet acte de torture, l'humiliation qui surgit peut être imaginée comme une expérience de la vie et non ontologique. C'est un pouvoir qui disparaîtra toujours dans l'intervalle ou sur la distance qui les sépare, puisque l'humiliation que le spectateur ressent est un élément de révélation dans le contexte de la torture. Ce n'est pas parce que le spectateur ressent de la honte sur ce qu'il voit que cela signifie qu'il se sent honteux. Cette honte peut rester dans le contexte, dans l'action érotique de l'acteur. *« L'humiliation chez le spectateur peut être appréhendée comme un phénomène positif, dans le sens qu'elle se veut un sentiment passager. C'est un effet de surprise qui enfreint l'habitude du regard blasé du spectateur*

⁵⁶⁶ *Ibid.* p. 6.

⁵⁶⁷ Ève Irène THERRIEN, « *Le Corps sous le signe de la torture : une question de plaisir. Le Théâtre médical des Laboratoires Crête* », *op. cit.* p. 13.

dans le théâtre occidental conventionnel. L'interdit rattaché à ce mode d'observation suscite alors un nouvel intérêt pour la fonction du regard. Autrement dit, le voyeurisme permet d'acquérir un nouveau point de vue ou une nouvelle vision de soi par rapport au monde. C'est avec une conscience plus aiguisée de soi que le spectateur répond aux stimuli du spectacle. »⁵⁶⁸

Le dernier élément à retenir ici est que le comédien-patient, dans ses actes d'essais cliniques à base d'expérimentations, prend à son tour plaisir à supporter ces tortures et il a besoin d'avoir un spectateur pour enrichir son divertissement et son expérience corporelle. Il est évident que l'acteur demande à être regardé parce que la majorité des expériences se font dans les milieux publics ou privés avec un public ciblé. *« La répétition du rituel de la chair y gagne lorsqu'elle ajoute une dimension exhibitionniste au jeu. Au moment où l'acteur masochiste risque de perdre conscience – parce que les sensations sont trop fortes –, il exige un témoin oculaire pour attester de sa propre expérience. Dès lors, le voyeur doit garder son sang-froid ; son rôle dans l'équation sadomasochiste n'est pas complètement neutre. Artaud souligne l'importance de la lucidité dans ses essais sur le théâtre de la cruauté : "Pas de cruauté sans conscience [...]. C'est la conscience qui donne à l'exercice de tout acte de vie sa couleur de sang, sa nuance cruelle, puisqu'il est entendu que la vie c'est toujours la mort de quelqu'un." »⁵⁶⁹*

Curieusement, au moment où le comédien souffre et met sa vie en danger, le spectateur joue son rôle d'observateur, de voyeur en percevant la chaleur qui naît au moment même où l'acteur met sa vie en péril. En parlant du jeu, le désir d'un public pour attester le moment éphémère de l'exercice est indispensable.

B] LES MYTHES

De prime abord, pour bien démontrer les mythes et leurs effets, il faut être connaisseur de leur langage d'une manière profonde. La Kabbale est le principal langage de la mythologie capable de décortiquer tout ce qui fut jusqu'ici dissimulé et enseveli dans les rêves des êtres humains. Les mythes touchent beaucoup plus à la psychologie de l'homme. Leur lien n'apparaît que dans les rêves. L'histoire de la mythologie du théâtre est un sujet très long à développer, mais il serait très utile d'en citer quelques illustrations avant d'en parler dans le contexte de l'art-thérapie et de la psychothérapie.

Le théâtre est une représentation faite par l'homme et il fait sens par lui-même. Autrement dit, le théâtre est l'image de l'homme reproduit sur scène. Mais il souffre de problèmes théoriques ou idéologiques très sérieux. Il y a donc une théorie de base à retenir qui précise qu'il n'y a de théâtre que quand il y a la vie. Quand le monde cesse de se représenter, c'est parce que sa vie s'est brusquement arrêtée. Par exemple, depuis longtemps, le théâtre bourgeois est mort parce qu'il n'y a plus de bourgeoisie.

Le mythe fait travailler l'esprit de l'homme pour donner un sens à son existence dans son temps : Œdipe, ou d'autres mythes chrétiens, asiatiques ou païens sont des sujets qui, une fois évoqués dans la société, ont une signification psychologique. C'est pourquoi ses thèmes durent très longtemps, jusqu'au monde contemporain. Même s'ils sont en décomposition dans

⁵⁶⁸ *Ibid.*, p. 14

⁵⁶⁹ *Ibid.*

le monde actuel. Il y a des gens pour qui ces thèmes ne suscitent plus rien, dans leur vie ou dans leur vivant. Cela donne l'impression que les passions que les mythes ont exaltées au cours de leur histoire ne reviendront plus dans ce monde. Pourquoi ont-ils perdu leur histoire et leur prestige ? Que s'est-il vraiment passé ? Il y a longtemps, ces mythes semblaient être le bien-être de l'homme et ils étaient aperçus comme la bonne voie pour la renaissance dans le monde occidental. Œdipe était dans l'espace ludique de l'être humain depuis l'Antiquité, car chacun portait ce mythe en soi et le définissait à sa façon. Par illustration, les mythes existaient sous plusieurs formes très complexes, par exemple la forme dramatique embellie par les nœuds psychologiques. Chaque représentation doit avoir des éléments dialectiques permettant d'apporter du nouveau et qui doit être convaincant aussi. Ils doivent prouver qu'il n'y a pas un seul monde, mais plutôt deux mondes et que chacun est l'antithèse de l'autre. Il n'est donc pas question de nier par un simple fait les mythes puisque, à leur tour, ils peuvent aussi nier l'existence de l'homme. Le propre du mythe est de représenter la vie réelle sous une forme méconnaissable ou fictive, dramatique et déformée. C'est ce à quoi l'homme fait allusion dans les rêves. L'homme, dans ses rêves, ne souhaite pas être réveillé puisque son retour dans le monde réel ne verra pas ce qu'il a vu dans ses rêves. *« Les mythologues, mythomanes, psychologues, psychopathes, ignorent ces rapports : ils rêvent. Mais pourquoi les hommes ont-ils dormi et rêvé pendant des siècles ?... Eh !... Pourquoi dort-on quand on est épuisé ?... Pourquoi a-t-on des cauchemars quand on est terrorisé ?... Il est facile de montrer minutieusement comment l'ignorance et la peur sont à la base de tous les mythes, et de la vie psychologique de l'homme. »*⁵⁷⁰

Comment est-il possible d'utiliser des références mythologiques dans une évolution de soins thérapeutiques dans les établissements de santé ? *« Paris (1985) nous met en garde d'utiliser les mythes de façon littérale et de réduire leur richesse à une allégorie, de façon doctrinaire. Elle suggère plutôt de s'en imprégner comme lorsqu'on écoute de la musique ou comme lorsqu'on médite. Quant à Moore (1994), il croit qu'il est nécessaire de garder son âme de poète lors de leur évocation et de leur interprétation, enfin d'en dégager la profondeur, le sens, et la sagesse. »*⁵⁷¹

L'objet principal des mythes, dans le processus des soins thérapeutiques ou simplement dans l'art-thérapie, est de faire usage de l'ensemble des points communs qui existent entre l'objet de l'art et la philosophie des mythes afin d'optimiser et de travailler les émotions internes et les tensions physiques. Depuis 2001, les thérapeutes essaient de discipliner, de guérir et d'inspirer un changement à partir du pouvoir des histoires. Ils mêlent le corps du malade et celui de l'esprit de la mythologie pour faire sortir un pouvoir de soins thérapeutiques. Ainsi d'un conte évoquant le pouvoir d'une déesse des histoires : *« Celle-ci est humiliée et insultée par l'attitude insouciant de son roi devant les histoires. En effet, ce roi s'endormait avant la fin des histoires, même si le récit en était fait par les meilleurs conteurs de son royaume. Comme il en était passionné, il continuait à les réunir chaque soir dans son palais. Furieuse, la Déesse des histoires est apparue afin d'éviter un nouvel affront. Ce fut en vain, le roi continuait à s'endormir avant la fin des histoires. C'est alors que la déesse menaçait le roi de mort s'il persistait dans sa conduite. Elle lui expliqua qu'en agissant de la*

⁵⁷⁰ BnF, Gallica, Les Cahiers du théâtre d'action internationale. 1932., p. 10.

⁵⁷¹ Dominique MAJOR, « D'Athéna à la chamane : Mythes et processus d'individuation en art-thérapie », Université Concordia Montréal, Québec, Canada, janvier 2007, p. 6.

sorte, il ne pouvait en tirer les enseignements qui le guideraient à devenir un exemple pour ses sujets. Mais le roi ne l'a prise pas au sérieux. La déesse fit pression sur son Premier ministre pour que celui-ci intervienne auprès du roi et lui fasse comprendre l'urgence d'être plus respectueux. Elle l'avisa alors que la vie du roi était menacée. Ce qui le mit aux aguets. Puis, un jour, le Premier ministre vit un serpent qui s'approchait rapidement du roi. Il s'interposa entre eux, ce qui sauva ainsi la vie du roi. Malheureusement, le Premier ministre avait été mordu et il se transforma aussitôt en pierre. Réalisant que la Déesse des histoires avait mis ses menaces à l'exécution, le roi fut pris de remords et de culpabilité d'avoir ainsi causé, par son insouciance, la mort de son Premier ministre. C'est ainsi qu'à compter de ce jour, il fit le serment qu'il ne s'endormirait plus. Il venait de comprendre l'importance de respecter les histoires et leur pouvoir à faire réfléchir sur la vie et sur la mort. »⁵⁷²

1) Le corps et l'imagination dans le processus thérapeutique

Faire usage des mythes au début de la séance du théâtre thérapeutique peut encourager la personne consultée à entrer directement en contact avec son imaginaire. C'est une phase préliminaire de l'atelier puisque les mythes s'approprient la fiction comme la seule voie pour transporter leur expérience. Au déclenchement de l'activité créative, la fiction de l'histoire peut faciliter la mise en place de l'alliance entre la personne sujet de l'art-thérapie et l'artiste thérapeute afin que l'œuvre de soins soit bien réalisée. Il est admis que la psychothérapie et/ou l'art-thérapie se réalisent de façon sereine lorsque deux corps se chevauchent dans un espace approprié. Cela fait référence à l'espace traditionnel étudié dans les titres précédents. Le pouvoir de cette aire est remarquable dans le fait qu'elle n'est pas à l'intérieur de l'homme, c'est-à-dire qu'elle n'est pas de la réalité physique, mais aussi qu'elle n'est pas dans le monde extérieur. C'est une marge laissée pour la personne qui souffre d'une maladie quelconque pour accéder à cet espace via le jeu dramatique. Après avoir bien acquis le récit, le malade mis dans le jeu sera très actif, capable de créer et d'illustrer son propre personnage tout entier. Dans cet espace de créativité, la personne retrouve le pouvoir de réinventer son monde, de trouver de nouvelles solutions à ses problèmes. Elle peut surtout accéder à ce qu'elle est vraiment comme personne. C'est dans la philosophie que Winnicott a précisé que seul l'homme créatif peut se découvrir soi-même. L'espace virtuel travaillé dans le théâtre-santé pour les enfants permet à ces derniers de mieux développer leurs capacités intuitives et de mieux s'adapter à leur environnement.

a) Le dialogue entre le soi et le trauma à travers l'image

Les histoires de la mythologie permettent au patient en exercice de créer un intervalle avec le trauma et de le comprendre d'une autre façon moins agressive. C'est au-delà que naît une idée associative entre l'espace mythique et le soi. Il s'agit de pouvoir dévier certains mécanismes de défense qui dérangent, de puiser dans les opulences de l'inconscient. Le fait de jouer avec le mythe donne une possibilité au malade de se dégager périodiquement dans l'affect lié aux mémoires ou aux souvenirs. Du fait de s'éloigner de sa personnalité, le regard

⁵⁷² *Ibid.*, p. 7

ne reste pas le même, ce qui fait qu'il y a, entre autres, un dépassement du personnage de la victime. À ce niveau, la blessure du patient transforme une faille qui n'a pas de sens dans sa vie. Cette expérience peut avoir des effets très considérables dans la vie et dans la psyché d'un enfant violé et vivant seul dans les rues. Cette manière de concevoir les choses facilite l'établissement d'un pont ou d'un passage entre l'espace réel et/ou visible et celui de l'irréel et/ou invisible ou l'espace du conscient et celui de l'inconscient. C'est le seul moyen d'engager un dialogue direct avec soi et de prévoir des hypothèses aux problématiques qui émergent du patient. Dans la plupart des cas, ses images reposent sur le doute. Le théâtre est donc un moyen de relever les conflits du comédien-patient que ce soit de son intérieur ou de son extérieur. « *Dans le processus de découverte de ce monde intérieur, nous sommes invités à approfondir le rapport à soi, la relation à notre âme.* »⁵⁷³

Le mieux à faire lorsqu'une personne est soumise à l'épreuve théâtrale pour une expérimentation scientifique est d'oublier la douleur du trauma pour accéder de l'autre côté du corps et pour étudier les émotions et les ressentis. Tout cela facilite la compréhension de la vie du corps afin d'en tirer la leçon et d'envisager la solution.

b) Pourquoi les histoires des mythes ont-elles choisi le corps humain pour faire passer leurs messages ?

Pour répondre à cette question, il est indispensable de comprendre que le lien n'est que dans le sens du corps et le contexte historique qui offrent aussi un terrain de choix multiples pour ressentir et faire ressortir des effets. Comprendre comment l'expérience mythologique sensible se transforme ou évolue dans le corps humain. L'usage du théâtre à des fins thérapeutiques n'est pas tellement une pratique étrangère dans le domaine de la santé. C'est une pratique très ancestrale puisqu'auparavant, les sociétés primitives pratiquaient des éléments artistiques pour corriger ou soigner certains problèmes de santé, surtout pour les membres de leur ethnie.

Dans l'histoire, les charlatans, les guérisseurs ou les chamans devaient avoir certaines connaissances artistiques : chanter, jouer de la percussion (tambour), danser, réciter et déclamer des textes comme dans les grands théâtres. Par la présence des comportements de stress et de frissonnement, la musique, le théâtre, la peinture et le récit ou toutes autres activités artistiques persuadaient la collectivité de se rassembler et de partager un moment de loisir, des mesures d'hygiène ainsi que des soins de santé. Les histoires des mythes se rejoignent dans cette pratique parce qu'elles étaient à la fois artistiques et thérapeutiques.

Ces artistes décrivaient dans chaque expérimentation devant le spectateur comment l'émergence évolutive de la sensation interne du corps est semblable à sa description tant dans l'image artistique dans la fiction, que dans les savoirs médicaux. Leur travail se focalisait dans l'étude des émotions motivées par des techniques artistiques. Le corps du patient est donc l'instrument principal des histoires des mythes théâtraux pour des fins thérapeutiques.

⁵⁷³ *Ibid.*, p. 16

2) Un point de vue médical face à cette conception

Tout d'abord, le constat est très étonnant et très curieux dans cette démarche puisqu'une grande partie des professionnels s'intéresse à cette question. La plupart de leurs réflexions sont associées aux textes traditionnels des histoires mythiques qui étudient le repli, le trouble de la communication, la médiation du passé dans le présent et le va-et-vient des émotions corporelles en suivant le contexte de la science-fiction. Michel Ouellette essaie de briser la convention de la communication initiée par *Lavarelleville*⁵⁷⁴ et *French Town*⁵⁷⁵ dans la région franco-ontarienne, zone fréquentée par le caractère stérile d'une part, cauchemardesque d'autre part, de cette région. Le jeu initié par la pièce de Michel Ouellette dans le *Testament du couturier*⁵⁷⁶ apporte une grande signification dans le domaine médical, mais aussi dans la maîtrise de soi et la gestion des émotions. Il veut dire aussi dans ses allusions à l'imaginaire, qu'une personne souffrant d'une maladie est dans l'obligation de suivre des soins. Il oriente son histoire, à travers le personnage, pour enfin dire « *La robe* ». Dans son expérimentation, il n'a pas oublié de mettre en observation, le rapport entre individu et collectivité, mais avec la question de l'altérité. En quelque sorte, « *La robe* » est, dans le contexte historique, un dispositif dialectique et didactique entre deux idéaux : la philosophie de la représentation théâtrale de Michel Ouellette et ses effets, l'exigence de l'homme qui ainsi repère ses performances dans la communication mythique. Cette dernière développe la philosophie de soins du malade. « *La robe* » devient un vêtement dans lequel tout l'Occident s'habille comme s'il porte en lui le mal, mal qui lui colle entièrement la peau :

« MOUTON :

Personne ne viendra me secourir. Il n'y a que toi. Tu n'es plus une robe inanimée. Tu vis. [...]

MOUTON :

Bonjour Miranda ! La robe vous sied à ravir. [...]

MOUTON :

J'entre en vous. Votre peau glisse sur ma peau. J'entre en vous. Votre chair est dans ma chair. J'entre en vous. Votre cœur et mon cœur ne forment plus qu'un. Corps à corps. Je suis en vous. Vous êtes en moi. Nous sommes unis à jamais. (82) »⁵⁷⁷

Dans un passage de son Testament, Mouton demandait à celui qui le lira d'accomplir ses dernières volontés pour éradiquer le mal sur Terre :

« MOUTON :

En l'an de grâce 1665, moi, simple couturier, du village d'Eyam, dans le Derbyshire, malade et mourant, j'écris ici mon testament. Je lègue ce patron à la postérité. Il s'agit du plan d'une robe, de ma main dessinée, pour la plus belle dame, Ann Mompesson, fille du pasteur William Mompesson. La fin du monde est en moi, mais le monde renaîtra par la grâce de Dieu. Que celui qui lira ces lignes accomplisse mes dernières volontés, pour que la

⁵⁷⁴ André PAIEMENT, production théâtre du Nouvel-Ontario, « *Lavalléville (1974-1975)* », Hiver et printemps 1975 : 28 octobre 1974, 6 au 9 février 1975, nord de l'Ontario et Québec, Éditions Prise de parole, 1983.

⁵⁷⁵ Michel OUELLETTE, « *French Town* », éd. Prise de Parole, 1^{er} décembre 2007.

⁵⁷⁶ Michel OUELLETTE, « *Testament du couturier* », éd., Le Nordir, 1^{er} janvier 2002.

⁵⁷⁷ Michel OUELLETTE, « *Le testament du couturier* », Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada, Ouellette, Michel, 1961- (Collection Rappels) Pièce de théâtre. Monographie électronique. p. 13

Lumière domine les Ténèbres. Que celui qui aura entre les mains ce patron trouve fils et aiguilles pour achever cette robe esquissée. »⁵⁷⁸

Michel Ouellette a encore montré comment un patient souffre d'angoisses de sa maladie, perdu dans les multiples examens et dans son engagement aux soins :

« ROYAL :

Oui. Oui. Oui. Je me suis reposé. J'ai fermé les yeux, mais ils sont restés ouverts. Les choses que j'ai vues, Miranda. Des choses terrifiantes. [...]

ROYAL :

Que vais-je faire ? Je ne peux pas rester comme ça. On doit me soigner. Il faut me guérir. [...]

ROYAL :

J'en ai assez des médecins. Ils m'ont piqué. Ils ont étudié tous mes liquides. Ils m'ont sondé, m'ont tâté, ont tâtonné. Dans le noir. Le noir. Des aveugles avec des baguettes. Mais c'est moi qui souffre des coups maladroits de leurs baguettes maudites. Moi. Je souffre. Ma tête ! »⁵⁷⁹

Il y a encore une observation qui intéresse le législateur et devrait aussi retenir le regard de la médecine pour s'assurer du maintien de la bienveillance du patient dans les établissements de soins. Michel Ouellette exploitait l'idéologie sexiste et anti-érotique de la banlieue en mettant l'accent sur le fait que l'homme est supérieur à la femme pour la raison pure. Il disait que l'homme du monde actuel n'a plus de désirs érotiques, pourtant la femme jusqu'à aujourd'hui, a besoin d'un soutien pour évacuer ses désirs sexuels. Il affirme que la sexualité n'est pas de l'amour et la femme pour qu'elle soit désirable, elle consulte un professionnel, comme des psychothérapeutes pour l'érotologie puisque pour elle la sexualité est dans la parole.

Actuellement, par le biais de la technologie, le mal s'introduit dans l'ensemble de la zone de la banlieue sous plusieurs formes : la passion adultère, la jalousie, l'envie et autres. Ces émotions ou ces effets impurs sont tous des facteurs de crimes ou de folies ou de morts :

« MIRANDA :

Oui. Assez de préambules. Commençons, docteur Corvin. Commençons. [...]

MIRANDA :

Mes désirs érotiques ? Mes rêves ? Que dire ? [...]

MIRANDA :

Je ne veux plus explorer mon fantasme clitoridien. Je suis lasse. Lasse de toute cette thérapie qui consiste à dire pour ne pas faire. Quelque chose brûle en moi...

MIRANDA :

Ne me rebattez pas les oreilles avec vos théories de la psychologie érotologique. J'en ai assez. Assez ! Je ne sais plus qui je suis. Je sais seulement que je ne veux plus être celle que j'ai été. [...]

MIRANDA :

Pas de prescription ! Plus de médicaments ! Plus de thérapie ! J'abandonne, docteur Corvin. C'est fini. J'arrête. [...]

MIRANDA :

⁵⁷⁸ Ibid.

⁵⁷⁹ Ibid., p. 16

Je sais que ma libération de la sexualité est imminente. Mais j'étouffe dans votre cabinet. Votre divan m'angoisse. Je ne peux plus venir ici une fois par semaine pour vous confier mes plus secrets désirs. Je ne veux plus. [...]

MIRANDA :

Gardez vos avertissements pour d'autres plus faibles. Bien que notre travail érotologique ait éveillé en moi nombre de désirs sexuels refoulés qui flottent à la surface de mon être, de ma peau, je saurai m'en défendre. Ils ne m'entraîneront pas dans des voies dangereuses ou illégales. Je sais me tenir en société. Je ne succomberai pas à la tentation.

MIRANDA :

Oui, oui, oui. Le credo de la femme de la Banlieue : la sexualité n'est pas l'amour ; la sexualité n'est plus la reproduction ; l'amour est à trouver au foyer dans le couple ; la reproduction se fait en laboratoire dans des éprouvettes. Vous voyez, armée de ces versets, je serai invulnérable. [...]

MIRANDA :

J'ai sciemment oublié le cinquième verset. Voilà. Je ne crois plus que la sexualité se trouve dans la parole, ici, dans l'intimité de votre cabinet...

MIRANDA :

Au revoir, docteur Corvin. Ne prévenez pas mon mari de ma décision. J'ai le droit de mettre un terme à ma thérapie sans son consentement. [...]

ROYAL :

Mais c'est pour les femmes. Les femmes ont besoin de la psychothérapie érotologique. Les hommes. Nous. Moi. Je n'ai pas besoin de dire l'érotisme. Je suis un homme moderne : je n'ai plus de désirs érotiques. Seules les femmes souffrent toujours de ce malaise d'avant notre millénaire. Elles ont le souvenir de ces choses-là. C'est pour cela que la psychothérapie érotologique leur est d'une utilité. En parlant de la Chose, ces femmes l'évacuent. »⁵⁸⁰

a) L'identité du corps : de la phénoménologie du corps et de la conscience de soi

Lors de l'exploitation de l'identité du patient, la culture était l'élément principal de la définition, mais ici, il s'agit de l'identité du corps qui retient la conscience de soi comme la première matière ou élément de définition. Maintenant, la question se pose de savoir sur quoi repose la spécificité de l'appréciation des événements phénoménologiques du corps et sur quelle base cette conception apporte-t-elle des modifications sur la conscience de soi ? Avant de répondre à cette question, il est judicieux de définir tout d'abord le corps phénoménologique.

En principe, la conscience de soi a succédé à une philosophie cartésienne divisée en deux parties importantes – corps et esprit. En restant dans cette conception ou celle de la mythologie expérimentale galileo-cartésienne, être conscient ou avoir conscience de soi justifie la présence de deux aspects :

- être conscient de son existence en tant qu'esprit, c'est-à-dire la présence des caractères identique de l'homme ;

⁵⁸⁰ *Ibid.*, p.14, s., et 17.

- avoir conscience de la présence du corps humain avec ses spécificités des matières premières (hylétiques).

Il est donc défini ou reconnu en tant qu'entité organique dirigée par l'esprit comme le seul organe de sens et d'apprentissage. Le corps associé aux instruments mécaniques ou électroniques est cependant détaché de sa propre définition, il est lié directement à la conscience de soi.

En suivant ces théories caractérisant la vision de la conception de la conscience de soi, les normes de la phénoménologie reprennent les mêmes principes de la conception du corps, l'identifiant comme un instrument de l'esprit. Si le corps est un outil de l'esprit, cela signifie que ce dernier perçoit ce que le corps est en mesure de faire dans son espace vital et identifie ce qu'il est capable de reprendre.

Toutefois, dans la question de la phénoménologie, c'est le corps qui discerne ou qui incarne cette puissance et non pas l'esprit. C'est au corps d'identifier la valeur du poids de l'action envisagée et par la suite ce sera à l'esprit de réfléchir, de penser comment il doit s'engager pour cet événement. Chaque fois que le corps de l'homme se considère comme capable d'intervenir dans une action, c'est parce qu'il l'a analysée et qu'il se voit capable d'agir potentiellement. Cela est donc un système de puissances mécaniques ou perceptives. Le corps ne pense pas, mais il agit en fonction de son équilibre. La phénoménologie donne au corps une relation physique active et motrice, « *c'est-à-dire qu'il découpe le réel, de lui-même sans activité réflexive qui lui serait extérieure, de manière à ce que ce réel fasse sens. C'est grâce au corps et à sa perception propre que le réel, en soi divers et confus, fait sens pour nous (Le Breton, p. 127-183). Nous ne percevons le monde qu'en fonction de ce que nous pouvons et voulons en faire : "Ce n'est pas à partir de la situation objective de mon corps comme chose corporelle dans l'espace universel que se donne le sens de l'espace ni même le sens de l'orientation, mais à partir de l'être-au-monde" (Dubois, 2000, p. 45).* »⁵⁸¹

Pour bien étudier l'homme, il faut une analyse dualiste et méthodologique. Du côté du corps humain, il est nécessaire d'éliminer tout ce qui concerne ou touche les substances spirituelles. Du côté de l'esprit de l'homme, il faut écarter tout élément ou substance corporelle et physique. « *Ainsi, le fait même de percevoir le corps comme une machine implique que le corps n'en est pas une, car c'est le corps lui-même qui suggère à l'esprit ce potentiel d'action à l'image de celui d'une machine. Le corps devient intercesseur actif, incluant la "matrice de la relation au monde" (Le Breton, 1990, p. 10), autrement dit, le monde extérieur. Ce dépassement du dualisme via, entre autres, l'intentionnalité motrice, permet à la phénoménologie de définir le corps comme "un système synergique dont toutes les fonctions sont reprises et liées dans le mouvement général de l'être-au-monde" (Le Breton, p. 270). Le corps phénoménologique, à la fois vivant et vécu, se distingue d'une conception objective du corps. Ce qui conduit Merleau-Ponty (1964) à élaborer le concept de "chair" pour marquer cette différence.* »⁵⁸²

⁵⁸¹ Marie AGOSTINI, Véronique CONTRINO, Jeanne MALLET, « *Pour une approche phénoménologique du corps dans la construction de l'identité* », *Sciences-Croisées*, numéro 2-3 : L'Identité, Université de Provence (Département des Sciences de l'éducation ; UMR ADEF), p. 2.

⁵⁸² *Ibid.*

b) Les expressions : manœuvres phénoménologiques de soi

Dans la culture théâtrale, le comédien-patient sur les planches scéniques utilise le langage comme étant un outil de réflexion et d'expression du sens premier d'une manière très explicite pour atteindre les normes de la spécificité de l'identité de la conception phénoménologique. C'est une des meilleures façons de mettre en contact le corps et l'esprit, car c'est en usant de la réflexion et de l'expression que ces deux éléments se trouvent en mouvements. C'est effectivement dans celle-ci que la pensée est ressaisie pour qu'elle ait un sens surtout qu'elle ait un rattachement à ce qu'il est dit dans le temps et dans l'objectif escompté. Le mouvement phénoménologique de soi se manifeste par la réflexion pour la parole qu'elle ce soit intérieur ou de façon extériorisée. Autrement dit, « *La phénoménologie rompt, en effet, avec une conception de la parole qui ne serait que l'expression d'une pensée préexistante, et dont le but ne serait que de traduire au mieux le contenu de la pensée. Pour la phénoménologie, le langage, notamment comme acte de réflexion est le lieu de surgissement du sens, car celui-ci ne préexiste pas à l'acte de parole. La réflexion, parce qu'elle est langage pour advenir, représente donc un moment important dans la construction de l'identité qui permet d'éprouver en acte l'unité de l'esprit et du corps, son être phénoménologique.* »⁵⁸³

Le comédien a d'autres aspects lui permettant d'agir dans des actes unitaires du corps qui se distinguent de la pensée dans l'idée, dans la réflexion ou dans la parole admettant de maintenir que l'idée de la construction de l'identité reste phénoménologique dans le cadre de l'expression corporelle en général, c'est-à-dire, pas seulement dans l'expression verbale. Parallèlement à l'expression corporelle – la gestuelle et l'expression orale –, la parole renforce la théorie précisant que la pensée est inséparable du corps en termes de médiateur du sens et surtout comme facteur évolutif de ce sens. Le corps s'exprime dans la voix, dans le geste, dans l'émotion et dans le silence : tout a un sens. En effet, il devient le lieu où chaque mouvement ou expression se traduit par la pensée, même si cette signification reste implicite. Certains penseurs et grands artistes affirment très largement que la parole ou l'expression verbale est un geste scientifique dont sa signification est un monde.

Chaque patient qui arrive à maîtriser sa conscience de soi peut aussi gérer celle d'autrui et comprendre facilement le monde extérieur. « *Tout comme la réflexion, l'expression permet donc également de saisir cette expérience originnaire où le sens et le corporel se confondent pour concourir à l'émergence d'une conscience phénoménologique de soi. Mais l'apport de la phénoménologie ne consiste pas uniquement dans l'incrémentation d'une conscience de soi qui repositionne le corps comme épicycle dans la connaissance de soi et donc de la construction de l'identité. Cet apport nous permet aussi d'appréhender le développement de notre conscience d'exister, d'"être-au-monde", puisque la conscience de soi ne parvient à se développer que simultanément avec la conscience d'autrui et du monde.* »⁵⁸⁴

Le comédien, dans son exercice, dans le gestuel de sa vie quotidienne, mobilise le corps comme le symbole de la culture théâtrale, mais aussi le seul moyen d'étudier le comportement de patient et son évolution mentale. C'est pourquoi le metteur en scène

⁵⁸³ *Ibid.*, p. 3.

⁵⁸⁴ *Ibid.*, p. 4.

contrôle chaque geste du comédien. Un geste mal interprété par le voyeur peut avorter tout un sens ou objectif de communication, d'éducation et d'information de santé. « *Je suis non seulement ce que je pense être devenu, mais je suis également mon existence, c'est-à-dire la manière dont j'habite le monde, mon rapport à l'altérité et au monde. Le corps apparaît donc comme l'élément central autour duquel s'articulent les notions de "conscience de soi", d'"être-au-monde" et d'"altérité" qui participent à la construction d'une conception originale de l'identité.* »⁵⁸⁵

Ce regard phénoménologique du corps cherche à réexaminer profondément les normes de l'éducation pour la santé dans les milieux hospitaliers, surtout dans les maternités, mais aussi dans les établissements scolaires avec un intérêt majeur à l'épanouissement et la croissance et/ou au développement de l'enfant puisque « *seule une éducation soucieuse de l'importance de la conscience du corps dans le développement de la conscience de soi et du monde environnant peut conduire à une intégration scolaire et sociale réfléchie et donc réussie. Cette nouvelle perspective éducative propose de tenir compte de l'importance du vécu de chacun des élèves, et de leur ressaisie réflexive, pour favoriser à la fois le développement de leurs capacités cognitives et leur socialisation.* »⁵⁸⁶

SECTION II - L'ART THÉÂTRAL ET LA MALADIE SUR SCÈNE/HÔPITAL

L'art dramatique joue un rôle très considérable dans la lutte contre la maladie dans les maladies émergentes ou réémergentes, toutefois ces deux termes reposent sur des notions très floues avec un usage similaire dans une réalité complexe. Aux assises artistiques, les professionnels médicaux et les artistes ainsi que les spectateurs utilisent à chaque fois ces deux notions et chacun les explique à sa façon. Mais la conception la plus utilisée considère que les maladies émergentes chez l'homme seraient dans plus de 75 % des cas d'origine zoonose. Ces maladies sont issues d'espèces animales domestiques ou sauvages avec des agents pathogènes différents. Ces agents sont connus et repérés dans l'écologie des maladies transmissibles à l'homme comme des acteurs inévitables de son écosystème, raison pour laquelle depuis 1980, la politique de santé essaie d'éliminer et d'isoler des dizaines des microorganismes pathogènes. De nouveau, certaines épidémies persistent par réémergence ou ont seulement émergé. Dans les ateliers d'art et de médecine, ces agents acteurs d'épidémies faisaient l'objet de débats, mais ont aussi été médiatisés en précisant leur nature. Ils sont nouveaux ou connus par leur niveau de gravité et dans la partie du territoire déjà infectée.

L'ouverture du débat d'une façon démocratique permet à chacun de donner son point de vue par son expérience et de fournir des informations dans le registre des données de la maladie ciblée. Certaines institutions à caractère universel ont mis en place différentes politiques de lutte contre les maladies émergentes telles que le choléra, le VIH/sida, le paludisme, la peste, le chikungunya, la grippe aviaire, l'Ebola, la vache folle et autres. Plusieurs structures participent à cette démarche et ces maladies sont au centre de réseaux des professionnels médicaux et médico-sociaux. Des organismes nationaux et internationaux, multidisciplinaires, s'investissent dans ce projet. En France, l'Institut Pasteur est l'acteur principal de veille et s'investit dans une grande partie de l'espace africain.

⁵⁸⁵ *Ibid.*, p. 7.

⁵⁸⁶ *Ibid.*, p. 7.

La maladie est dite émergente lorsque son impact réel se développe d'une manière significative dans un environnement donné et dans une population déterminée en fonction de la situation habituelle de la maladie. Des initiatives particulières sont ainsi engagées pour réorienter la politique et la réglementation sanitaire internationale. Il faut savoir que le droit international s'exerce de façon divisée entre États souverains et que chacun d'eux est libre d'agir à sa façon. Au moment de la troisième pandémie de choléra, la France a initié une rencontre internationale à Paris en 1951, une première Conférence sanitaire internationale à laquelle douze pays ont participé et des mesures d'une police sanitaire ont été mises en place. « *Dans ses débuts, cette conférence s'efforça de préciser la durée des quarantaines pour la peste et pour la fièvre jaune, mais elle exclut le choléra des maladies quaranténaires, "car il échappe à tous les moyens de prévention", selon Mélier, et il fut proposé de lui opposer des mesures d'hygiène de propreté et d'aération. La pensée anti-contagioniste n'était donc pas loin. Sous l'influence de David, la conférence revint sur sa position et finalement admit le principe de la quarantaine d'observation, certes encore facultative, en cas de choléra dûment constaté.* »⁵⁸⁷ Depuis cette date jusqu'aujourd'hui, les règlements des politiques sanitaires internationales imposent un droit international qui s'exerce sur les maladies transmissibles. Toutefois, les pays sont obligés de respecter les principes des droits de l'Homme, mais ils peuvent parfois se trouver face à des questions de confidentialité et de liberté susceptibles d'être mises en cause par la force pour certaines mesures autoritaires.

Aux ateliers théâtre, le maître du jeu doit assurer la promotion de la politique préventive des maladies infectieuses à transmission vectorielle et expliquer à son public à travers ses participants comment lutter contre ces infections. La majorité d'entre eux utilise des mesures sanitaires de lutte à travers une politique de vaccination comme dans le cas de la fièvre jaune. Les instituts qui veillent à l'étude des insectes considèrent que leurs observations entomologiques affirment que les arthropodes sont des facteurs principaux épidémiologiques ; par exemple, les tiques sont des acteurs pathogènes émergents.

Aujourd'hui, en France comme dans d'autres pays, les déclarations obligatoires des dispositifs de lutte contre les épidémies englobent tant les maladies animales que les différentes maladies humaines. Depuis 2007, ces mesures prévoient sur le plan thérapeutique et préventif des médicaments génériques et dérivés, comme la mise en place d'un antipaludique et/ou d'un vaccin, par exemple, pour éradiquer de force les épidémies de chikungunya. Lors d'échanges, le patient, après avoir posé toutes ses questions, en étant bien informé, légitimera son implication dans l'exercice artistique et médical sans stress ni remords afin de motiver son accord au soin.

PARAGRAPHE 1 - UNE SCÈNE DES MALADIES CONTAGIEUSES ET TRANSMISSIBLES

Dans cette partie, l'étude se concentre sur certains types des maladies infectieuses réémergentes. Il existe des maladies transmissibles déjà connues par la population sous plusieurs formes très sévères comme les microorganismes multirésistants aux anti-infectieux, exemple le cas des mycobactérioses de type « lèpre » ou « *Mycobacterium leprae* » et/ou de

⁵⁸⁷ Bernard HILLEMANT et Alain SÉGAL, « *Les six Conférences sanitaires internationales de 1851 à 1885, prémices de l'Organisation Mondiale de la Santé* », Histoire des sciences médicales – Tome XLVII - N° 1 – 2013, séance d'octobre 2012., p. 2.

type « *tuberculose* », c'est-à-dire, « *Mycobacterium tuberculosis* ». Toutefois, les maladies réémergentes sont nombreuses et elles peuvent se représenter sous plusieurs formes cliniques très inquiétantes et menaçantes. C'est le cas de l'encéphalite à chikungunya, la fièvre hémorragique et la dengue hémorragique aussi appelée la grippe tropicale. Cette dernière est réapparue en Afrique en 2005 et en Europe, les deux premiers cas autochtones se sont présentés en 2010. À partir de 2014, les autorités françaises ont constaté que dix-huit⁵⁸⁸ départements français ont été exposés à ce danger. Dans la liste répertoriant les maladies, il y a aussi d'autres infections comme les arboviroses d'origine virale causées par des arbovirus transmis par des moustiques. La fièvre d'O'nyong nyong, « *Flavivirus Togaviridae* », est réapparue en 1997 dans plusieurs pays d'Afrique après trente-cinq ans d'absence. Dans ce même angle d'observation, en Asie, plus particulièrement au Bangladesh, une alerte rouge est signalée pour la présence d'une épidémie au virus Nipah, un des virus très surveillés et qui nécessitent la présence d'un laboratoire de type sécurité biologique de niveau très élevé pour étudier ce cas. En outre, il y a des maladies repérées qui émergent plus ou moins rapidement avec des variations moyennes habituelles, comme l'épidémie de salmonelloses ou l'augmentation des maladies ou d'infections sexuellement transmissibles (MST ou IST) comme la syphilis, la gonococcie, surtout que ces deux dernières présentent des symptômes persistant avec un risque sexuel très élevé. Ici en Europe et dans d'autres pays développés, il y a la shigellose, qui est une maladie d'origine bactérienne, une maladie diarrhéique qui ravage la plupart des régions tropicales, et est sexuellement transmissibles par voie anale. Elle est aussi considérée comme une maladie très dangereuse et également enregistrée dans la liste européenne des maladies réémergentes, parce qu'elle est susceptible de provoquer des épidémies. Dans cette même perspective, les infections à « *Mycoplasma genitalium* », acteurs de la présence des urétrites non gonococciques, touchent la plupart des hommes aux États-Unis et elles sont répertoriées comme émergentes.

Ces maladies perturbent la vie des patients infectés et causent des morts, mais aussi elles troublent la population de proximité. En cas de désastre, chacun cherche un moyen de pouvoir s'échapper à ces fléaux. Les questions les plus importantes qui méritent d'être posées reposent sur l'idée de proposer ensemble, dans les ateliers de théâtre-santé, une solution hygiénique adéquate : est-il mieux de médiatiser les maladies émergentes et réémergentes chez l'être humain ? Si cela est un vrai risque d'émergence, la politique de la médiatisation des maladies ne sera-t-elle pas un facteur d'éradication de ces maladies ? Au contraire, cela ne risque-t-il pas d'être considéré comme une fausse émergence et de renforcer ainsi sa propagation ? La mise en place des échanges dans les milieux publics serait-elle le moyen le plus efficace ?

Tout d'abord, le fait de parler de ces maladies en groupe de travail concrétisera la présence de ces maladies d'une manière plus explicite que de seulement les médiatiser. Certes, l'information médiatique aide le professionnel médical à diffuser l'information de santé, mais chez le téléspectateur, ceci peut se présenter comme une fiction. Par exemple pendant l'épidémie de la maladie légionellose, grave en 1970, il aurait été mieux d'inviter la population urbaine vivant dans un environnement très humide à vivre à l'abri des pullulations des bactéries du genre légionellose. Elle a comme moyen de transmission à l'homme, la voie

⁵⁸⁸ Institut Pasteur, « *La dengue* », article publié sur le site <https://www.pasteur.fr> , juillet 2014, mise à jour le 03 janvier 2020.

aérienne ou l'inhalation d'aérosols soit via des vaporisateurs et/ou via des microgouttelettes. Il est encore possible que l'individu soit contaminé quand il prend sa douche. Elle présente des conséquences très graves chez les patients âgés ou hospitalisés avec un taux de mortalité très élevé. Ainsi, la méningite à méningocoque est quasiment éradiquée ou rare dans sur le territoire français, grâce à la campagne de sensibilisation de la population suite aux différentes séances d'échanges avec des présentations de cas sur la maladie en question. Cette maladie a fait l'objet d'alertes en France en février 2007, suite à la constatation de certains cas dans la région de Limousin. Les effets des cas regroupés par régions ont conduit dans la zone concernée à une politique de vaccination très développée.

Par conséquent, ces maladies ont très vite initié des politiques et des déclarations de la Direction Départementale des Affaires sanitaires et Sociales (DDASS). La mise en place d'une politique d'enquête dirigée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), le Centre National de Référence (CNR) avait à étudier et à déterminer la cellule souche de la maladie et à faire une alerte directement si la présence des trois cas génétiquement identiques se manifestait et était identifiée par des puces dans l'ADN.

D'autres maladies concernent cette recherche puisqu'elles présentaient ou présentent jusqu'alors une histoire particulière dans la médecine française. D'une part, il y a « *la peste* » qui s'identifie généralement en deux types : bubonique et pulmonaire. Elles sont non seulement graves, mais aussi mortelles. Leurs effets contagieux sont supérieurs avec un risque provoqué en principe par la bactérie « *Yersinia pestis* », responsable de millions de morts dès l'Antiquité, au moment de l'émergence des grandes épidémies. Cette épidémie est enregistrée sous trois grandes pandémies de gravité sur le plan mondial : le premier cas a été identifié en 541-767, appelée « *la peste de Justinien* », le deuxième cas a émergé de 1348 à 1352, nommé la « *peste noire* », et a ré-émergé dans la première moitié du XIX^e siècle, et le dernier cas débute très tôt à la fin du XIX^e siècle. En France, la présence de la bactérie a été identifiée dans un lieu où gisent de nombreux cadavres, appelé couramment le charnier de peste de 1722 à Marseille.

D'autre part, au XIX^e siècle, d'autres fléaux touchaient la population comme le choléra, la fièvre hémorragique virale ou du charbon dont plusieurs malades faisaient à tort des allusions aux épidémies de peste. Après la Russie en 1828, la France a connu le choléra pendant la deuxième pandémie au printemps 1853. Le premier cas identifiant le choléra à Paris date du 26 mars 1853 et il a fait 19 000 victimes en six mois, mais le nombre des victimes peut être doublé en comptant les victimes de Marseille.

L'épidémie de la peste a récemment été identifiée à Madagascar ; elle sévit dans cette île depuis le mois d'août 2017 et a causé la mort de 128 personnes.

Comment le théâtre intervient-il directement dans la lutte de ces différents fléaux et apporte-t-il une solution aux conditions d'hygiène et de vie de la population cible ? Le regroupement de la population ne constitue-t-il pas un danger vis-à-vis du public ? Les différentes interventions des comédiens et des compagnies de théâtre ont-elles apporté des valeurs ajoutées dans la vie médicale et celle des malades ?

A] LES MALADIES CONTAGIEUSES

Dans un environnement touché par une épidémie, la réunion ou le regroupement des gens peuvent rester critiques, puisque tout rassemblement est un facteur de développement de la maladie. Lorsque l'environnement est infecté, pollué, il serait encore très compliqué de prévoir des actions de regroupement dans les milieux publics. Certes, les actions culturelles comme le théâtre peuvent contribuer à la mise en place d'une hygiène très accessible, mais, avant tout, il faut des moyens et des méthodes pour pouvoir intervenir sans contrainte et sans mettre en danger le spectateur.

Dans les rassemblements de théâtres en atelier de santé, il faut que le professionnel de santé analyse le lieu de rencontre pour s'assurer qu'il y a aucun indice de la présence de la maladie ou un élément qui peut déclencher la propagation de la maladie dans l'espace en question et infecter le spectateur. Le lieu doit faire l'objet d'une intervention de désinfection et il faut prévoir des mesures d'hygiène avant d'entrer dans le lieu prévu pour l'atelier. De grands sujets comme : « *la peste* », « *le choléra* », « *le coronavirus* », ou « *le paludisme* » peuvent être l'objet de débats pour chercher le mieux vivre à l'abri de ces épidémies. Il serait alors à la charge du comédien, responsable de l'animation éducative, de fournir des expériences via le théâtre pour informer, éduquer son public et éviter la possible contamination : expliquer en premier ce que sont les maladies à vecteurs appelées couramment les maladies à transmission vectorielle et comment elles sont transmises ? Quels sont les agents pathogènes : parasite, virus et bactéries ? Comment sont-elles transmises par un intermédiaire vivant ou ... ? Le comédien est encore tenu de chercher par tout moyen à faire comprendre à son spectateur que parmi les vecteurs viraux, le corps humain et sa peau sont les premiers vecteurs de transmission de la maladie au-delà des insectes actifs qui sont des vecteurs arthropodes hématophages qui véhiculent la maladie d'une façon mécanique ou biologique. Dans les échanges des ateliers, le corps et la peau du comédien font l'objet d'étude dans l'arène théâtrale.

1) Le corps ou la peau, vecteur des maladies contagieuses

Chaque comédien ou patient expose son corps ou sa peau à tour de rôle sur scène selon leur principe et leur conviction personnelle. Le spectateur vit ces moments selon le message ou l'information fournie par le corps. Ces grands moments sont appelés les époques du corps.

Lorsque le corps de l'acteur est devant son spectateur, cela signifie qu'il y a un enjeu parce que l'atout tourne au centre de deux différentes cultures, la culture médicale et celle de la dramaturgie. C'est cette optique qui relie étroitement l'homme et son environnement, le cosmos ou l'univers. Il doit vivre avec tout ce qui est autour de son environnement, tout en prenant les mesures de précautions. « *Quant au mouvement du corps, dans l'endroit où il se situe, il est une expression symbolique qui résume le mouvement temporaire universel relatif au nombre d'années pendant lesquelles il a survécu et c'est pour cela que la pensée contemporaine s'est intéressée à l'étude du corps.* »⁵⁸⁹ Le corps participe en effet à l'étude de la maladie et de la mort, de la mélancolie pour lequel le théâtre est un lieu de contrôle, de

⁵⁸⁹ Thèse présentée par Ilham AL-HAMDANI, « *Le corps dans le théâtre de Valère Novarina* », Université François-Rabelais de TOURS, dir. M.LEUWERS Daniel Professeur à l'Université François-Rabelais, soutenue le 11 mai 2010, p. 22.

maîtrise de soi ou d'expression de la souffrance. Face à ces différentes maladies, chaque geste, discours et temps exploité a un canal d'expression bien définie.

Revenons dans les ateliers de la Compagnie Bahari, dirigés par le comédien Nordine Bacar qui met son corps dans un exercice comme un instrument pour faciliter la compréhension du voyeur. Au début, il ne parle pas, il fait des gestes pour expliquer la présence d'un danger, c'est-à-dire la possibilité d'être infecté par le virus de la maladie. Le corps s'exprime par ses expressions. C'est une autre forme de parler à son public du phénomène de la création et de l'inspiration. Il parle donc par sa gestuelle. Il passe dans la zone ciblée de danger et il prend un journal qui était par terre et commence à le lire ; il observe la réaction de son public pour voir si le message a été bien compris. Pourquoi ne parlait-il pas dans son exercice, alors que la langue est l'élément important de la communication vers le récepteur, surtout dans le théâtre ? Il a choisi son corps comme le canal parlant. Il a souligné qu'il a choisi d'exploiter l'expression corporelle parce que c'est une langue universelle facilitant la compréhension des douleurs et des émotions ainsi que la traçabilité de l'histoire du corps. L'assistance prenait des notes pour préparer ses interventions. *« Les différentes dénominations de la corporalité sont aujourd'hui les signes plus ou moins sensibles d'une réapparition du corps, sur la route d'une émancipation souhaitée ou rêvée. Pendant longtemps, ces invitations n'ont pas vraiment suscité l'attention, car tous les appels à la liberté, à la révolte et à l'éclatement peuvent parfois être considérés comme un sacrilège. Les définitions et les idées sur le corps s'opposent les unes aux autres selon la vision de l'homme. L'art est le seul acte créateur capable de traduire la douleur du corps et de la matérialiser dans une œuvre. »*⁵⁹⁰ Il a poursuivi son exercice. Après être passé dans la zone contaminée, il a pris un morceau de pain sur une table qui était à sa droite et il l'a mangé sans se laver les mains. Quelques minutes après, il commençait à faire des signes de faiblesse et d'avoir des vomissements. Il faisait des signes d'aller et retour aux toilettes en se tenant le ventre. Il montre son corps comme dans une histoire d'une personne souffrante d'une maladie infectieuse et c'est au spectateur de définir de quelle maladie il s'agit. Lors du débat, le public devrait préciser comment et pourquoi le comédien est souffrant ? Quel est l'élément facteur de la contamination ? En fonction des symptômes présentés, il devrait définir la maladie que le comédien avait. Le plus important est de déterminer ou d'établir un lien causalité entre ses actions, ses gestes et la maladie dont il souffrait. *« L'art, dans ses différentes approches, a approfondi la sensation de l'homme, de son corps et a changé sa vision envers lui. Il a donné à l'être humain une meilleure occasion de vivre à travers le respect de son corps [...] »*⁵⁹¹.

Pour cela, le comédien met en exergue l'espace contaminé pour porter l'attention du public et l'inciter à prendre des mesures d'hygiène dans une zone concernée par une maladie. Ces questions seront abordées dans les parties suivantes : la peste, un monologue dans le théâtre hospitalier et le choléra sur les scènes des hôpitaux.

⁵⁹⁰ *Ibid.*, p. 23.

⁵⁹¹ *Ibid.*, p. 27.

a) La peste, un monologue dans le théâtre hospitalier

La peste est une zoonose bactérienne qui a pour origine « *Yersinia pestis* », généralement retrouvée chez les mammifères et les puces qui les parasitent. Elle a deux modalités de transmission : d'un animal à l'autre ou à l'humain.

Le théâtre et « *la peste* » ont un point commun fortement influencé ou déterminé par leur côté tragique et dramatique. Le théâtre est une culture fondée sur la représentation artistique de tout acte émouvant auquel, la plupart du temps, il est difficile de croire ou qui est frustrant aux yeux du voyeur. « *La peste* » est une épidémie grave et tragique qui sévit sur toute une population avec des effets aussi dégradants sur le corps humain que, parfois, la personne malade ne se reconnaît plus. Ce sont deux angles funestes qui relient le théâtre et « *la peste* ». Lorsque cette dernière est réapparue en 1722 à Marseille par exemple, c'était la seule chose qui préoccupait le corps médical ainsi que les services bénévoles qui participaient à secourir les malades. Sur la scène hospitalière, l'épidémie était un monologue du malade fondé sur des cris de douleurs, d'émotions et de souffrances. Quelquefois, « *la peste* » apparaissait comme une chorale puisque tout le monde en parlait de la même voix et les couloirs des hôpitaux étaient pleins des choristes (patients).

Le lien entre le théâtre et « *la peste* » a été prouvé encore une fois par Stéphanie Nutting dans son article intitulé « *Le théâtre et sa doublure : Le testament du couturier de Michel Ouellette* », dans lequel elle expliquait que : « *Certes, dans le théâtre occidental, la peste est un topo surdéterminé. Comme cadre et moteur d'action, elle remonte, pour ne retenir que les repères les plus évidents, à Sophocle et à sa tragédie Œdipe roi. Si Œdipe devenu roi de Thèbes entreprend de faire la lumière sur les circonstances qui ont provoqué la colère des dieux – "Ego phano", proclame-t-il, c'est pour calmer ces derniers et purifier ainsi sa ville de la peste. Quelques siècles plus tard, Saint-Augustin, dans La cité de Dieu, condamne la pratique ancienne de Rome où, pour contrer la peste, on offrait aux dieux des jeux scéniques. Comme Augustin avant lui, Antonin Artaud observe une similitude d'action entre la peste et le théâtre : "Il importe avant tout d'admettre que comme la peste, le jeu théâtral soit un délire et qu'il soit communicatif." Toutefois, il s'inspire de la critique d'Augustin pour en renverser les valeurs.* »⁵⁹² Dans l'histoire de la représentation théâtrale, tout ce qui formait des « *Spectacles de turpitude* »⁵⁹³ dans les œuvres d'Augustin est considéré comme « *une extrême purification* »⁵⁹⁴ au regard d'Artaud, selon le Professeur Stéphanie Nutting. Elle expliquait que pour Artaud, les différents pouvoirs de « *la peste* » sont effectivement les pouvoirs de l'horreur d'une part, et, d'autre part, celui de la divulgation et de la révélation. Elle élargissait son attention dans le rapport de ces deux voies : « *Le principe essentiel peut se manifester de multiples manières, mais il valorise coup sur coup la magie de l'irrationnel et prend d'assaut la pensée scientifique toujours inapte à concevoir une logique à la transmission de la maladie.* »⁵⁹⁵

Elle a encore repris un passage d'Artaud pour donner une vision très éloignée de l'image exacte de cette épidémie et ses agissements. Ce passage précise explicitement que

⁵⁹² Stéphanie NUTTING, « *Le théâtre et sa doublure : Le testament du couturier de Michel Ouellette* », articles, éd. TRiC / RTaC • 28.1 (2007)., pp. 1-15. P.7 ou TRiC / RTaC • 28.1 (2007) • Stéphanie Nutting • pp 1-15 • 7.

⁵⁹³ *Ibid.*, p. 7.

⁵⁹⁴ *Ibid.*

⁵⁹⁵ *Ibid.*, pp. 7-8.

« la peste prend des images qui dorment, un désordre latent et les pousse tout à coup jusqu'aux gestes les plus extrêmes ; et le théâtre lui aussi prend des gestes et les pousse à bout [...] Il retrouve la notion des figures et des symboles types qui agissent comme des coups de silence, des points d'orgue, des arrêts de sang, des appels d'humeur, des poussées inflammatoires d'images dans nos têtes brusquement réveillées ; tous les conflits qui dorment en nous, il nous les restitue avec leurs forces et il donne à ces forces des noms que nous saluons comme des symboles [...] »⁵⁹⁶

En faisant une approche scientifique entre le tissu qui va par la suite être cousu pour devenir « la robe » de l'histoire et les rats qui sont les racines de l'épidémie de « la peste », il établit ainsi le rapport entre cette robe et la personne qui va la mettre pour ensuite être contaminée par la maladie. Le Professeur Stéphanie Nutting a expliqué le lien scientifique dans l'œuvre de Michel Ouellette, *Le testament du couturier* de la manière suivante : « Puissant artéfact sémiotique, la robe est le site d'un faisceau étonnant de significations : économiques, historiques, politiques, mythiques, psychiques et spectaculaires. Dans une optique scientifique, son rapport aux topos de la peste est confirmé par les documents historiques. Dans le cas de la peste bubonique, par exemple, le tissu était, avec les céréales et après les rats, un refuge de prédilection des puces porteuses du virus. La robe et surtout le tissu à partir duquel elle est confectionnée signifient la primauté de la matière dans les activités humaines. »⁵⁹⁷

Ce passage de l'œuvre théâtrale : « *Le testament du couturier* » repris par le Professeur Stéphanie Nutting illustre clairement comment il est possible de ramener le virus à travers un vêtement porté et de le propager dans son environnement sans se rendre compte du danger et surtout lorsque la personne se sent bien dans son habillement (v. note 577).

En restant toujours dans le rapport entre ces voies, il n'y a de théâtre que lorsque sa représentation permet de toucher l'impossible ou lorsque sa poésie sur les planches nourrit l'imagination et le doute du spectateur. Il doit prendre en otage le sens et libère par le regard l'inconscient pour initier une sédition virtuelle. Il impose en quelque sorte au spectateur de garder une attitude héroïque et ardue en même temps. « *C'est ainsi que l'idée étrange d'une action désintéressée se fait jour, mais qui est une action, tout de même, et plus violente de côtoyer la tentation du repos. Toute vraie effigie a son ombre qui la double ; et l'art tombe à partir du moment où le sculpteur qui modèle croit libérer une sorte d'ombre dont l'existence déchirera son repos.* »⁵⁹⁸

Toutefois, lier le théâtre et « la peste » ne signifie pas que le théâtre est contagieux, mais plutôt, qu'il a le sens de la révélation, de la découverte et aussi qu'il étudie au plus profond l'état de l'émotion, de la cruauté d'une personne, d'un malade ou d'un spectateur. Il examine jusqu'où le peuple, à travers l'imagination, est capable de garder des attitudes perverses de l'esprit. Il est donc comme « la peste », un temps noir, un temps du mal, un temps de peur où le difficile et l'imagination et la fiction deviennent des éléments normaux. Il incite l'esprit dans un délire qui glorifie ses énergies et demande à l'homme de faire tomber le masque et de découvrir le mensonge de l'imagination. « *Le théâtre qui n'est dans rien, mais se sert de tous les langages : gestes, sons, paroles, feu, cris se retrouve exactement au point*

⁵⁹⁶ *Ibid.*, p. 8.

⁵⁹⁷ *Ibid.*

⁵⁹⁸ Antonin ARTAUD, « *Le théâtre et son double* », Éditions Gallimard, 1964. p. 15.

où l'esprit a besoin d'un langage pour produire ses manifestations. Et la fixation du théâtre dans un langage, paroles écrites, musique, lumières, bruits, indique à bref délai sa perte, le choix d'un langage prouvant le goût que l'on a pour les facilités de ce langage ; et le dessèchement du langage accompagne sa limitation. »⁵⁹⁹

Lorsqu'un dramaturge met en scène une pièce de théâtre représentant l'épidémie de « la peste », il doit tenir compte des effets de l'événement et de son champ lexical. Elle est une crise complète qui ne laisse rien que la mort de celui ou celle qui en souffre.

L'histoire de « la peste » de Marseille fut présentée dans plusieurs récits, comme celui de mai 1720 quelques jours avant l'arrivée de l'épidémie où Saint-Rémy, qui était le vice-roi de Sardaigne, faisait un cauchemar ou une oppression, il se voyait dans un rêve « pestueux » qui s'étalait peu à peu sur son territoire et sévissait sur la population. Il a vu un navire appelé le Grand-Saint-Antoine s'approcher et il pensait que ce navire était déjà contaminé. Il a pris la décision très contraignante de faire repartir le bateau et de lui interdire d'entrer dans le port. Toutefois, le bateau a pu accoster aux abords de Marseille. « La peste » que le navire a apportée à Marseille était la peste orientale qui se propagea dans son état et devint une épidémie.

Antonin Artaud l'a représenté de même manière en commençant ainsi : « *Les archives de la petite ville de Cagliari, en Sardaigne, contiennent la relation d'un fait historique et étonnant. Une nuit de fin avril ou du début de mai 1720, vingt jours environ avant l'arrivée à Marseille du vaisseau le Grand-Saint-Antoine, dont le débarquement coïncida avec la plus merveilleuse explosion de peste qui ait fait bourgeonner les mémoires de la cité, Saint-Rémy, vice-roi de Sardaigne, que ses responsabilités réduites de monarque avaient peut-être sensibilisé aux virus les plus pernicious, eut un rêve particulièrement affligeant : il se vit pesteux et il vit la peste ravager son minuscule état. Sous l'action du fléau, les cadres de la société se liquéfient. L'ordre tombe. Il assiste à toutes les déroutes de la morale, à toutes les débâcles de la psychologie, il entend en lui le murmure de ses humeurs, déchirées, en pleine défaite, et qui, dans une vertigineuse déperdition de matière, deviennent lourdes et se métamorphosent peu à peu en charbon. Est-il donc trop tard pour conjurer le fléau ? Même détruit, même annihilé et pulvérisé organiquement, et brûlé dans les moelles, il sait qu'on ne meurt pas dans les rêves, que la volonté y joue jusqu'à l'absurde, jusqu'à la négation du possible, jusqu'à une sorte de transmutation du mensonge dont on refait de la vérité.* »⁶⁰⁰

En revanche, le dramaturge ou le metteur en scène doit représenter l'espace scénique d'une façon typique qui peut faire l'objet d'une politique sanitaire et hygiénique, un style qui permette au public de comprendre comment s'éloigner de ce fléau et diminuer leur peur. Sur la scène : des personnes infectées, des morts, des rues fermées par des entassements de morts et entièrement barricadées, des pesteux délirants et criants, plus de soins médicaux adéquats, des pesteux qui tombent avec leurs plats dans les mains, le mépris règne, la peur et enfin la futilité gagne l'espace scénique.

Dans le déroulement de la représentation, il faut qu'il y ait des mesures d'hygiène auxquelles le spectateur puisse faire référence lorsqu'il se voit confronter à une situation identique. La lutte contre l'épidémie de « la peste » demande de simples mesures de propreté corporelle, de s'assurer que les habits sont propres, de vérifier la propreté du lit et de faire en

⁵⁹⁹ Ibid., p.16

⁶⁰⁰ Antonin ARTAUD, « *Le théâtre et son double* », op. cit., pp. 19-20

sorte que les puces des rats, vecteurs des bacilles de l'épidémie, soient totalement éradiquées dans la zone. Il faut aussi prendre une douche quotidiennement, éviter l'accumulation des ordures ménagères et utiliser des poubelles fermées. Éviter de faire ses besoins dans les rues et même dans la nature en général, puisque cela aidera à la non-multiplication des rats dans la zone ciblée, car les rats aiment se nourrir d'excréments humains. Il est encore mieux de conseiller au public d'arroser les rues surtout devant leur porte pour éviter le poussier, en plus d'arroser le sol contaminé avec un désinfectant. Il était également recommandé de contrôler les frontières sur l'ensemble du territoire et de manger avec les mains propres, lavées avec du savon.

Dès le début du XI^e siècle, à l'école de Salerne, les professionnels médicaux enseignaient en plusieurs langues : en grec, en italien, en latin et en arabe. Cette école accueillait les étrangers et tous les étudiants de passage, quelle que soit leur religion. Les premières mesures de santé publique impliquaient les villes du Moyen Âge pour lutter contre l'épidémie de toute maladie éventuelle. Cette politique a commencé dans les cités italiennes plus d'un siècle avant même l'arrivée de la peste noire de 1347 et de 1351 qui sévit sur la population européenne avec plus de vingt-cinq millions des morts. Dans son cours d'histoire du droit de la santé, le Professeur Véronique Harouel-Bureloup à l'université Paris 8 expliquait que : *« C'est la peste qui est à l'origine des premières mesures rationnelles et véritablement efficaces mises en œuvre en Europe. Là aussi, ce sont des villes italiennes, Milan, Florence, Venise qui se disputent le privilège de la politique sanitaire la plus précoce et la plus cohérente. Ces villes ont créé des commissions de santé qui étaient d'abord provisoires, avant de devenir permanentes confiées à des magistrats ordinaires. Cependant, c'est dans ces mêmes villes que l'on imagine les techniques de lutte contre la peste qui seront en usage jusqu'au début du 19^e siècle, telles la construction de lazarets pour la mise en quarantaine. Le premier Lazaret apparaît à Venise en 1423, cette initiative est imitée par la ville de Pise en 1464, à Florence en 1479, puis à Milan 1487. À côté, sont prescrites des mesures de lavage et de désinfection, c'est le cas à Milan en 1399 et 1402 et sont instaurés également les bulletins de santé pour les voyageurs (papiers officiels que l'on délivrait aux voyageurs pour prouver qu'ils n'étaient pas atteints d'une maladie contagieuse). Ils ont pour origine la création des patentes maritimes, documents donnés aux navires pour certifier que le navire partait d'un port sain, également ont été créés au 15^e siècle des registres de mort, à Milan en 1496 à Mantoue dans le nord de l'Italie, à Venise en 1504. »*⁶⁰¹

Également, depuis 1720, la présence de « l'épidémie de peste à Londres conduit le Parlement à adopter des règlements sanitaires et à appliquer de rigoureuses politiques de quarantaine et de désinfection par l'aération. La Suisse, de son côté, publie des manuels d'hygiène alimentaire, en France, Louis XIV prend des mesures globales pour assurer la protection sanitaire de ses sujets, c'est ainsi que les intendants sont chargés d'organiser les secours, au 18^e siècle, un intendant de Rennes, Bertrand de Molleville s'est tout particulièrement intéressé aux questions d'assistance en essayant notamment de créer un véritable service de la santé publique comprenant une instruction au recteur sur la conduite à tenir en cas d'épidémies, comprenant également la constitution de

⁶⁰¹ Cours d'histoire de droit de la santé, Professeur Madame Harouel-Bureloup, 2014-2015

réserve de boîtes à remède à Rennes et dans les autres villes en établissant également des listes officielles de sages-femmes afin d'écartier des matrones incompetentes. »⁶⁰²

Pour plus d'informations et de recherches sur les mesures et les politiques de santé et sur l'histoire du droit de la santé, il faut se référer à l'ouvrage⁶⁰³ de Madame le Professeur Véronique Harouel-Bureloup qui traite plusieurs axes et directives politiques françaises et européennes.

b) Le choléra dans les milieux hospitaliers

« Les manières de voyager ont changé au cours des dernières décennies. La "démocratisation" des moyens de transport permet à un nombre toujours croissant de personnes vivant en France métropolitaine de voyager chaque année, soit à des fins touristiques, soit pour rendre visite à des proches dans leur pays d'origine. En outre, le nombre de voyageurs âgés ou en bas âge augmente. Enfin, des formes de tourisme au contact étroit de la population se sont développées. La vulnérabilité des populations s'est donc accrue et le profil des cas de choléra importés peut s'être modifié. Cependant, le choléra reste une maladie méconnue des médecins urgentistes ou généralistes. Cette étude a pour but d'objectiver l'évolution des caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques des cas prouvés de choléra importés en France métropolitaine au cours des trente-trois dernières années/ »⁶⁰⁴

En France, le choléra est importé sur le territoire métropolitain entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2005, cette étude est prouvée biologiquement par le Centre National de Référence (CNR) en charge d'études des vibrions et du choléra de l'Institut Pasteur de Paris. Depuis 1980, les facteurs principaux d'infections restent chez les immigrés en majorité maghrébine en visite familiale dans leurs pays respectifs. À partir des années 2000, le nombre de ces cas devient de plus en plus faible et le peu de cas qui se présentent sont en majorité chez des vacanciers de retour d'Asie et d'Afrique de l'Ouest pour des motifs touristiques ou d'immigration récente. *« Bien que cette étude ait été réalisée sur trente-trois ans, le nombre limité de cas impose de grandes précautions quant à l'interprétation et à l'extrapolation. Les conclusions présentées ne peuvent être généralisées, mais indiquent une tendance significative. Globalement, le nombre de cas de choléra importés en France métropolitaine diminue. Cependant, avec la diversification des lieux d'infections et les différences d'âge des patients, les profils cliniques deviennent moins "classiques". Les cliniciens de l'ensemble des hôpitaux du territoire doivent considérer le choléra comme un des diagnostics possibles devant tout patient de retour d'un pays infecté, notamment chez l'enfant ou la personne âgée, même en cas de symptomatologie digestive d'apparence banale. »⁶⁰⁵*

En partant de l'idée des maladies émergentes et des maladies réémergentes, la connaissance de la maladie a débuté au XIX^e siècle avec la première pandémie de choléra qui s'est développée petit à petit vers la zone européenne. Elle a touché très rapidement les grandes villes industrielles comme Londres puis Paris en 1832. Elle a incité, par sa

⁶⁰² Ibid.

⁶⁰³ Véronique Harouel-Bureloup, « Histoire du droit international de la santé », éd, LEH, mai 2014

⁶⁰⁴ Arnaud TARANTOLA, Sophie IOOS, Brice ROTUREAU, Christophe PAQUET, Marie-Laure QUILICI, Jean-Michel FOURNIER, « Le choléra importé en France métropolitaine de 1973 à 2005 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 4 septembre 2007 / n° 34, p. 297, p 1.

⁶⁰⁵ Ibid., p 3.

propagation et sa puissance de contagion, le corps médical à étudier de près les effets épidémiologiques de la maladie et ses agents pathogènes et pourtant elle est restée toujours inconnue. « *En 1848, devant l'épidémie de typhus qui ravage l'Allemagne, Rudolf Virchow, dans sa lutte, prend en compte l'interaction de l'homme avec son environnement ; le vecteur du typhus n'est pas encore identifié.* »⁶⁰⁶

Ce n'était que dans la médecine vétérinaire que le concept de la maladie émergente était décrit à partir des années soixante ensuite, un autre concept celui des pathologies anthropozoonoses⁶⁰⁷, c'est-à-dire, zoonoses de l'animal à l'homme, depuis les années soixante-dix. Avant même les années quatre-vingt-dix, les observateurs étaient préoccupés par les maladies ou les épidémies émergentes. À l'exemple des expériences de *Stephen S. Morse* qui est « *l'un des premiers scientifiques à défendre cette notion au début des années 1990 ainsi que celle de réussite d'émergence. Le concept de maladie émergente se serait réellement "cristallisé" aux États-Unis, avec la publication d'un rapport officiel sur ce thème, en 1992. Joshua Lederberg y envisage les maladies émergentes sous ses aspects évolutionnistes, environnementaux, sociaux et politiques.* »⁶⁰⁸

En 2015, le Professeur Pierre Aubry et le Docteur Bernard-Alex Gaüzère définissaient l'épidémie de choléra comme étant : « *Une maladie infectieuse diarrhéique à caractère épidémique, d'origine bactérienne, transmise par voie digestive. C'est une maladie du péril fécal par excellence. C'est une véritable urgence en santé publique. Le choléra est le compagnon privilégié des catastrophes naturelles et des situations de conflits avec déplacements massifs de populations. Il peut cependant survenir dans un contexte de stabilité politique et en l'absence de toute calamité naturelle, lorsque les conditions socio-économiques des populations sont favorables à son développement.* »⁶⁰⁹

L'épidémie du choléra a une histoire particulière dans le monde puisqu'elle a touché presque tous les continents. Selon les analyses du Professeur Pierre Aubry et du docteur Bernard-Alex Gaüzère, un tableau précisant les périodes de chaque zone a été établi :

Asie Orientale	1962
Bangladesh	1963
Inde	1964
Moyen Orient - Europe	1965
Afrique d'ouest en est	1970-1971
Amérique Latine	1991
Comores, Madagascar	1998-1999

Ils précisait dans leurs rapports qu'en 2014, quarante-deux pays ont signalé : « *Un total cumulé de 190 549 cas de choléra, avec 2 231 décès, soit un taux de létalité (TL) de 1,17 %. Cela représente une augmentation de 47 % du nombre de cas par rapport à 2013*

⁶⁰⁶ Hélène Fagherazzi-Pagel. Maladies émergentes et réémergentes chez l'homme : concepts, facteurs d'émergence, alertes, riposte et coopération mondiale. [Rapport de recherche] Institut de l'Information Scientifique et Technique (INIST-CNRS). 2008, 76 p., 208 références bibliographiques et webographiques, url, tableaux. fhal-01456814f.

⁶⁰⁷ Une anthropozoonose est définie selon la science grecque comme étant : anthropos = homme et zoon = animal et nosos peut aussi être interprétée comme maladie. La science française donc donne comme définition d'anthropozoonose : l'ensemble des maladies ou des infections qui se transmettent de façon naturelle depuis les animaux vertébrés à l'homme.

⁶⁰⁸ Hélène FAGHERAZZI-PAGEL, *op. cit.*, p. 5.

⁶⁰⁹ Professeur Pierre AUBRY, Docteur Bernard-Alex GAÜZÈRE, « *Choléra Actualités 2015* », médecine tropicale, Mise à jour le 8.10.2015, p. 1.

(129 064 cas, 2 102 décès, TL : 1,63 %). Des cas ont été notifiés dans toutes les régions, mais cinq pays, l'Afghanistan, le Ghana, Haïti, le Nigeria et la RDC, ont représenté à eux seuls 84 % des cas notifiés. 55 % des cas provenaient d'Afrique, 30 % d'Asie et 15 % de l'île d'Hispaniola ; parmi les 2 231 décès, 1 882 d'entre eux sont survenus en Afrique, 42 en Asie et 307 sur l'île d'Hispaniola. Des TL > 5 % ont été signalés dans quatre pays africains : le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée-Bissau et le Kenya. Des cas importés ont été signalés dans onze pays »⁶¹⁰.

Dans le système d'étude d'épidémiologie et dans l'ensemble des souches de « *Vibrio cholerae* », celles qui produisent des toxines sont vecteurs de choléra, par exemple les vibrions cholériques. D'autres types ne sont pas nuisibles à l'homme, c'est-à-dire non pathogènes pour le corps humain et provoquent de simples diarrhées.

Le choléra a une origine hydrique et il est transmissible par voie orale. C'est donc une maladie à contamination féco-orale. Dans une période considérée non épidémique, le réservoir vecteur est l'environnement, mais pendant la période épidémique, l'homme est le vecteur principal des microbes des vibrions. Il entre directement en jeu lorsque l'épidémie est signalée. Les endroits à base hydrique sont les réservoirs fondamentaux des germes pathogènes comme les eaux usées, les rivières, les produits marins qui sont déjà contaminés, les lacs, les égouts ou encore les mains sales ou les toilettes souillées, la plupart des endroits abritant les malades, les cadavres de l'épidémie et des déchets venant des morts de choléra. Il est donc indispensable de retenir que les principaux facteurs universels sont au nombre de trois : l'être humain, la pauvreté et l'environnement. L'homme doit prendre en compte son état climatique avant et pendant la réémergence de l'épidémie. « *Le vibron ne pénètre pas à l'intérieur de la muqueuse intestinale qui reste donc anatomiquement intacte. Il n'y a pas d'invasion muqueuse. Le vibron disparaît des selles spontanément en 7 à 14 jours. Le traitement du choléra est donc essentiellement celui des pertes hydroélectrolytiques, c'est-à-dire du "syndrome cholérique".* »⁶¹¹ Il est encore expliqué d'une manière scientifique dans ce même article que « *le glucose stimule l'absorption d'eau et de sel par un mécanisme indépendant de l'AMP cyclique (activé par l'adénylcyclase et la choléragène) qui est donc conservé. Un ion sodium peut être transporté en même temps qu'une molécule de glucose au niveau de la muqueuse qui a gardé son intégrité et ses mécanismes d'absorption. Cette notion est à la base de la réhydratation par voie orale.* »⁶¹²

C'est dans la partie élaborant le schéma clinique de l'épidémie du choléra que le comédien doit fournir beaucoup de temps pour expliquer et éclairer de façon persuasive à son spectateur les caractéristiques des syndromes cholériques. Sa découverte se caractérise par la présence ou la survenance brutale d'une diarrhée aqueuse sans arrêt ou, disons sous un intervalle très minime. Rien ne sort dans les déchets humains que du liquide sous forme d'eau de riz avec une odeur très fade. Il ne sort pas de glaire ni de sang, mais il y a beaucoup de vomissements en ruissellement qui provoquent très rapidement une déshydratation sévère du malade. Le malade n'a plus d'équilibre et il perd sa force. « *Le nombre d'émissions est de l'ordre de 10 à 50 et plus par jour (4 à 20 litres de liquides). Le malade est apyrétique et*

⁶¹⁰ *Ibid.*, p. 1.

⁶¹¹ *Ibid.*, p. 2.

⁶¹² *Ibid.*

présente des crampes abdominales (qui seraient plus fréquentes avec le *Vibrio cholerae* O 139). Cette forme classique (dite encore historique) évolue en trois phases :

- phase liquidienne ;
- phase de collapsus ou d'algidité (déshydratation, pouls imprenable, tension artérielle effondrée, température inférieure ou égale à 36°C, anurie) ;
- phase évolutive avec une amélioration spectaculaire sous réhydratation ou décès si le malade n'est pas réhydraté. »⁶¹³ Il doit faire comprendre au public qu'une personne atteinte par l'épidémie est encore susceptible d'être à nouveau touchée par la maladie. La récurrence de la maladie est possible chez le patient et dans ce cas cela sera très dangereux et il ne pourra y survivre.

Il est donc important de diagnostiquer la maladie dès le premier cas. À partir de mini représentations ou de simples échanges, les artistes expliquent comment traiter la maladie. Le traitement de cette épidémie est fondé sur la réhydratation du patient. « *Tout cholérique parvenu à temps dans un centre de traitement équipé doit en sortir guéri au troisième jour.* »⁶¹⁴

Quels sont les objectifs cibles du traitement ou de la prise en charge du malade ? La personne qui assure la prise en charge doit prendre toutes mesures de précaution pour éviter une contamination possible. Le comédien Nouridine Bacar, avec l'assistance du Docteur Ahamed Itibar, décrivait leur expérience avec l'utilisation du cache-nez, du foulard, des gants, des combinaisons, la tenue était propre dans son ensemble. Il avait un jerrycan à pompe manuelle rempli d'eau et de désinfectant et il commençait à arroser les environs ou à proximité du malade. Après l'intervention, il a enlevé sa tenue et il l'a mise dans un seau rempli d'eau javellisée. Dans son intervention de style secouriste, il visait à rétablir l'équilibre hydroélectrolytique du malade qui était par terre, c'est-à-dire la réparation et la régulation de l'eau et des électrolytes dans son organisme. Cette pratique se fait en principe avec une personne connaissant les actes médicaux, puisqu'elle demande une perfusion par la voie veineuse. C'est le premier geste thérapeutique que la personne qui vient en aide doit envisager d'une manière urgente. Au deuxième plan, il s'intéressait à diminuer les germes dans le corps, le but étant de réduire les va-et-vient de la diarrhée et d'empêcher l'éparpillement des vibrions cholériques. Ça s'applique avec du sel de réhydratation par la voie orale. Il montrait des techniques pour expliquer comment préparer l'eau pour boire ou pour se laver ou pour toutes autres utilisations.

Dans la même voie, il y a aussi des mesures de prévention que la plupart des gens ignorent, la présence de la vaccination anticholérique prévue pour les voyageurs. Toutefois, elle n'est pas obligatoire, elle n'a pas de caractère contraignant. « *La vaccination anticholérique n'est plus exigée chez aucun voyageur. En effet, l'Assemblée Mondiale de la Santé a modifié le RSI, la vaccination contre le choléra ne pouvant prévenir l'introduction de l'infection dans un pays. La vaccination pour les voyageurs n'est recommandée que pour les personnels devant intervenir auprès des malades, en situation d'épidémie. Dans tous les autres cas, une prévention efficace est assurée par des règles d'hygiène simples appliquées à l'alimentation.* »⁶¹⁵

⁶¹³ *Ibid.*, p. 3.

⁶¹⁴ *Ibid.*, p. 4.

⁶¹⁵ *Ibid.*, p. 6.

Dans le plan des mesures d'hygiène à l'hôpital, l'artiste assure progressivement dans une phase d'information et de communication, l'éducation sanitaire. Il sensibilise son public, explique comment approvisionner en eau chaque jour (vingt litres), réaliser l'assainissement, assurer la distribution des savons, désinfecter les lits, la maison, les ustensiles de cuisine, les lieux publics, l'inhumation des cadavres et la prise en charge du malade dans un Centre de Traitement du Choléra.

Au Québec, *Choléra morbus !* représente à tout moment les histoires de l'épidémie de choléra qui touchait le Québec depuis 1832. Il véhicule leur message dans un climat d'humour, le rire enflamme l'espace et parfois devient outrancier, un rire souverain et quelquefois inextinguible. « *Théâtre ubuesque et boursoufflé, Choléra Morbus ! maintient un rythme particulier, fait de maladresse avouée et de vivacité. La pièce semble avancer en boitant jusqu'à ce qu'on réalise que pas un instant n'est lourd ni malhabile. Parce que, justement, tout l'est, volontairement et d'adroite façon. Traversée dilettante d'un événement tragique et scandaleux (une épidémie de choléra), la pièce privilégie un humour noir et une progression en lacets, et c'est tant mieux !* »⁶¹⁶ Cette représentation est très éducative, mais aussi elle réveille la mémoire du spectateur pour garder en lui l'histoire de la maladie du choléra et informer des mesures de prévention en cas de retour. Il démontrait aussi le côté dramatique de la maladie non pas pour faire peur aux voyeurs, mais pour les prévenir de sa dangerosité.

2) Les normes du droit français et du droit européen

Quand l'épidémie de « *la peste* » envahissait l'espace européen en 1347 selon l'ouvrage « *Biologie et droit* », les citoyens qui avaient des moyens se sont éloignés des villes déjà empestées pour regagner les zones de la campagne. C'était le seul moyen de se protéger de la maladie, mais le flux de la migration était énorme et va déclencher l'infection à la campagne puisque ces voyageurs ont ouvert une autre voie de transport des virus vers l'extérieur des villes. Le commerce de transport des voyageurs a joué encore un rôle considérable dans la propagation de l'épidémie et les morts se multipliaient de jour en jour. Il n'existait plus de frontière et les populations sont attaquées par cette maladie inconnue. Le Professeur François Gros et le Professeur Catherine Puigelier précisaient dans leur ouvrage précité que : « *Patrice Debré et Jean-Paul Gonzalez rappellent-ils que : "Les pestes ont suscité des bouleversements considérables dans l'histoire, transformé l'avenir de populations entières, renversé des trônes, dévasté des pays, détruit des économies. Du fait de ces désastres, les états modernes ont cherché à établir des organisations et des programmes de lutte et de prévention. L'industrie a pris aussi sa part, notamment par le développement et la dissémination de nouveaux produits pharmaceutiques, médicaments et vaccins."* »⁶¹⁷ Face à ce désordre ou le chaos qui ruinait l'Europe, les états ont cherché à intervenir pour stopper le plus rapidement possible ce bouleversement à partir d'un dispositif de normes juridiques.

La question est de savoir quels mécanismes de droit sont applicables face à une telle situation en Europe ? La réponse à cette interrogation peut être développée dans des axes différents, mais deux angles intéressent cette recherche : l'observation de l'Europe et celle de

⁶¹⁶ Sylvain CAMPEAU, « *Choléra morbus !* », Jeu : revue de théâtre, n° 51, 1989, p. 174-176. p. 3.

⁶¹⁷ François GROS et Catherine PUIGELIER, « *Biologie et Droit, Les étapes du vivant* », *op. cit.*, p. 83.

la France. Dans le monde entier, chaque pays touché ou non par cette épidémie est habilité à mettre en place des mesures renforçant la politique de santé et surtout pour les maladies infectieuses. Louis Pasteur et son équipe ont fourni inlassablement des efforts dans la recherche des maladies infectieuses et ils ont mis en « *place un vaccin contre la rage* »⁶¹⁸ et d'autres maladies. Depuis cette découverte, la vaccination reste pour le droit français le moyen le plus efficace pour lutter contre les maladies infectieuses. L'Europe met en place un dispositif renforçant les politiques de prévention et de contrôles généraux de l'ensemble des épidémies. Cela demande un contrôle très actif sur les facteurs humains et environnementaux : activités en plein air, changements climatiques, réchauffement de la planète et/ou atmosphérique, guerres, élevages intensifs, déplacements de population, gestion des eaux et des ordures ménagères.

a) Quelles sont les dispositions mises en place par le droit français pour la lutte contre les maladies infectieuses ?

Du côté du droit français, le législateur a beaucoup travaillé sur des mesures de lutte contre les maladies infectieuses et leur procédure de déclenchement. Il a défini la personne responsable du signalement de la présence de la maladie, mais il n'y a pas de délai imposé. Il y a encore des mesures administratives renforçant ce dispositif. Le Décret n° 2016-806 du 16 juin 2016 relatif aux Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles⁶¹⁹ s'adresse aux acteurs des maladies transmissibles : l'Agence nationale de santé publique, les agences régionales de santé, les services de l'État, les professionnels de santé, les établissements publics ou privés scientifiques ou ceux de soins, d'enseignement et/ou de recherche. Dans l'ensemble des règles investies dans la politique de la lutte contre les maladies transmissibles, une partie de texte est codifiée et une partie est non codifiée.

- Les textes français qui sont codifiés :

Les dispositions générales qui peuvent être retenues dans cette étude sont par exemple l'article R.3113-4 du Code de la santé publique et l'article D.3113-6 du même Code. Le premier article (R.3113-4) dispose que : « *Nonobstant la notification prévue à l'article R.3113-2, les cas, avérés ou suspectés, de maladies ou d'anomalie biologique mentionnées au 1° de l'article L.3113-1 sont signalés sans délai par le médecin ou le responsable du service de biologie ou du laboratoire d'analyses de biologie médicale, public ou privé, au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence.*

Le destinataire du signalement évalue la nécessité de mettre en place d'urgence des mesures de prévention individuelle et collective et, le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition.

Sur la demande du médecin destinataire du signalement, le déclarant est tenu de lui fournir toute information nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'investigation et d'intervention, notamment l'identité et l'adresse du patient.

Ces informations peuvent être transmises à d'autres professionnels lorsque leur intervention est indispensable pour la mise en œuvre des mesures de prévention individuelle et

⁶¹⁸ *Ibid.*, p. 88.

⁶¹⁹ Publié au *Journal Officiel de la République Française*, n°0141, du 18 juin 2016

collective. Elles ne sont conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention. »⁶²⁰

Le deuxième article (D.3113-6) du même Code, modifié par le Décret n° 2016-745 du 2 juin 2016 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire - Article 1, entré en vigueur depuis le 6 juin 2016, précisant les maladies infectieuses décide que : « La liste des maladies qui relèvent de la procédure de signalement prévue à l'article R.3113-4 est la suivante :

1° Maladies infectieuses :

- a) botulisme ;
- b) brucellose ;
- c) charbon ;
- c) *I. chikungunya* ;
- d) choléra ;
- d) *I. dengue* ;
- e) diphtérie ;
- f) fièvres hémorragiques africaines ;
- g) fièvre jaune ;
- h) fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes ;
- i) hépatite A aiguë ;
- j) infection invasive à méningocoque ;
- k) légionellose ;
- l) listériose ;
- m) orthopoxviroses, dont la variole ;
- n) paludisme autochtone ;
- o) paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer ;
- p) peste ;
- q) poliomyélite ;
- r) rage ;
- s) rougeole ;
- s) *I. schistosomiase (Bilharziose) urogénitale autochtone* ;
- t) suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines ;
- u) toxi-infections alimentaires collectives ;
- v) tuberculose ;
- w) tularémie ;
- x) typhus exanthématique ;
- y) zika ;

2° Autre maladie :

- saturnisme chez les enfants mineurs.

Une maladie peut être retirée de cette liste, par arrêté du ministre chargé de la santé, pour tout département ou collectivité dont la situation épidémique le justifie. »⁶²¹

⁶²⁰ Code de la santé publique, *op. cit.*, repris dans l'ouvrage de François GROS, Catherine PUIGELIER, biologie et droit, *op. cit.* p.89.

Dans le Décret du 16 juin 2016 dans son article premier alinéa 4, il est précisé que :
« Article D.1413-46, I- Les centres nationaux de référence ont pour missions : 1° L'expertise concernant la microbiologie et la pathologie des agents infectieux, le développement, l'optimisation, la validation et la diffusion d'examen de biologie médicale ; l'identification et la confirmation des agents pathogènes, en particulier ceux pour lesquels il n'existe pas de dispositif médical de diagnostic *in vitro* répondant aux conditions fixées par les articles L.5222-2 ou L.5221-5 du code de la santé publique ;
2° le conseil scientifique ou technique en réponse à toute demande du ministre chargé de la santé, de l'Agence nationale de santé publique et des professionnels de santé ;
3° la contribution à la surveillance épidémiologique :
a) par l'animation d'un réseau de laboratoires auxquels peut être confiée la réalisation d'examen et qui en transmettent ensuite les résultats ;
b) par la réalisation des analyses nécessaires à la surveillance des agents pathogènes ;
4° l'alerte immédiate de l'Agence nationale de santé publique, du ministre chargé de la santé et, le cas échéant, de l'Agence régionale de la santé de toute constatation de nature à présenter un risque ou une menace sur l'état de santé de la population.

II.- Les structures qui ne remplissent que les missions mentionnées aux 1° et 2° du I sont désignées "Centre national de référence-Laboratoire expert" conformément au cahier des charges général mentionné à l'article D.1413-47.

III.- Pour répondre à l'ensemble des missions mentionnées au I, un laboratoire coordonnateur, centre national de référence, peut s'associer au maximum à trois laboratoires dits "Centres nationaux de référence-Laboratoires associés". »⁶²²

Les dispositions spécifiques à retenir sont mentionnées dans deux articles qui intéressent beaucoup ce travail d'études. Il y a l'article L.3111-1 du Code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 80 qui vient de favoriser la structuration, de faciliter au quotidien les parcours de santé et de promouvoir les soins primaires. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Cet article pose de façon explicite que : « La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis de la Haute Autorité de santé.

Un décret peut, compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, suspendre, pour tout ou partie de la population, les obligations prévues aux articles L.3111-2 à L.3111-4, L.3111-6 et L.3112-1.

Dans le cadre de leurs missions, les médecins du travail, les médecins des infirmeries des établissements publics locaux d'enseignement et des services de médecine préventive et de promotion de la santé dans les établissements d'enseignement supérieur, les médecins des services de protection maternelle et infantile et des autres services de santé dépendant des conseils départementaux ou des communes et les médecins des centres pratiquant les examens

⁶²¹ Légifrance, Article D3113-6 du Code de la santé publique, « Décret n° 2016-745 du 2 juin 2016 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire - Article 1 », version en vigueur au 6 juin 2016, consulté le 10.01.2018.

⁶²² Journal Officiel de la République Française, n°0141, du 18 juin 2016.

de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale. »⁶²³

Mais il y a aussi l'article R.3111-1 du même Code qui précise les vaccinations obligatoires et dispose que : « *Les vaccinations obligatoires sont régies par la présente section, par la section 1 du chapitre II et par la section 2 du chapitre IV du présent titre.* »⁶²⁴

- Les textes français qui ne font pas l'objet de codification :

Il s'agit précisément de : « *L'arrêté du 24 juillet 2014 fixant la liste des centres nationaux de références pour la lutte contre les maladies transmissibles et des laboratoires associés ;*

L'arrêté du 31 juillet 2014 relatif à l'achèvement de la vaccination contre les infections invasives à méningocoque B:14:P1-7,16 dans les Pyrénées-Atlantiques et ses modalités ;

L'arrêté du 5 novembre 2014 renforçant le contrôle sanitaire aux frontières pour prévenir l'introduction de la maladie à virus Ebola sur le territoire national (pour l'espèce animale), et l'Arrêté du 29 juillet 2013 relatif à la définition des dangers sanitaires de première et deuxième catégorie pour les espèces animales). »⁶²⁵

Au-delà de ces textes, il y a encore quelques textes appuyant des décisions permettant de faire face aux différentes maladies transmissibles. Il y a ceux qui se dirigent vers le concept relatif à la charge de la preuve comme « *l'article 1315 alinéa 1^{er} du Code civil édicte que celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver.* »⁶²⁶ Les auteurs de l'ouvrage *Biologie et droit* ont repris le même article 1315, alinéa 2 du même Code affirmant que : « *Réciproquement, celui qui se prétend libéré doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation.* »⁶²⁷

Dans le même temps d'observation, il y a l'article 1353 du même Code évoquant la notion des présomptions qui « *sont abandonnées aux lumières et à la prudence des magistrats.* »⁶²⁸ Les deux chercheurs de cet ouvrage ont nettement exploité cette notion. Pour éclairer cette question, il existe des normes administratives relatives à l'indemnisation de la maladie. L'article L.3111-9 du Code de la santé publique, modifié par la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017-Article 9 portant financement de la sécurité sociale pour 2018, cette version, récemment entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, dispose que : « *Sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun, la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire pratiquée dans les conditions mentionnées au présent titre, est assurée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales institué à l'article L.1142-22, au titre de la solidarité nationale.*

L'office diligente une expertise et procède à toute investigation sans que puisse lui être opposé le secret professionnel.

⁶²³ Légifrance, loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 80, Article L3111-1, du Code de la santé publique, version en vigueur au 1^{er} janvier 2018, consulté le 10.01.2018.

⁶²⁴ Légifrance, Article R. 3111-1 du Code de la santé publique, version en vigueur au 27 mai 2003, consulté le 10.01.2018.

⁶²⁵ François GROS et Catherine PUIGELIER, « *Biologie et Droit, les étapes du vivant* », *op. cit.*, p. 94.

⁶²⁶ *Ibid.*

⁶²⁷ Article 1353, Code civil français, 117^e édition, éd, Dalloz, 2018 ; Ord, n°2016-131 du 10 février 2016, art. 4, en vigueur le 1^{er} octobre 2016. *Op. cit.* p. 94.

⁶²⁸ *Ibid.*, p. 97.

L'offre d'indemnisation adressée à la victime ou, en cas de décès, à ses ayants droit est présentée par le directeur de l'office. Un conseil d'orientation, composé notamment de représentants des associations concernées, est placé auprès du conseil d'administration de l'office.

L'offre indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, nonobstant l'absence de consolidation ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 88-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et plus généralement des prestations et indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice.

L'acceptation de l'offre de l'office par la victime vaut transaction au sens de l'article 2044 du Code civil.

Jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a payée, l'office est, s'il y a lieu, subrogé dans les droits et actions de la victime contre les responsables du dommage.

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »⁶²⁹

Une disposition particulière pour les mineurs mérite d'être signalée, l'article 227-17 du Code pénal impose que : « *Le fait, par le père ou la mère, de se soustraire, sans motif légitime, à ses obligations légales au point de compromettre la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.*

L'infraction prévue par le présent article est assimilée à un abandon de famille pour l'application du 3° de l'article 373 du Code civil. »⁶³⁰

Dans le dispositif du droit français, il y a des arrêts qui portent sur la réglementation des maladies infectieuses, mais pour éviter de sortir du cadre de la recherche, pour plus de référence, l'ouvrage précité *Biologie et droit* a étayé ce sujet d'une façon explicite.

b) Le dispositif européen ou le droit européen : la politique de lutte contre les maladies transmissibles

Du côté du droit européen, quelques normes sont aussi imposées au pays membres de l'Union européenne. La démarche engagée par l'Europe vise à améliorer la santé publique au premier plan, à prévenir la présence des maladies et des infections humaines, mais aussi à déterminer les origines des dangers liés à la santé humaine.

Tout d'abord, le Parlement européen et le Conseil de l'Europe ont mis en place le 21 avril 2004 un dispositif en charge de prévention et de contrôle des maladies dans l'espace européen appelé : Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies, par un Règlement du Conseil de l'Europe n°851/2004⁶³¹. L'article 1 expose que : « *Le présent*

⁶²⁹ Légifrance, Article L. 3111-9 du Code de la santé publique, loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017-Article 9 (V) portant financement de la sécurité sociale pour 2018, version en vigueur au 1^{er} janvier 2018, consulté le 10.01.2018.

⁶³⁰ Code pénal français, 114^e édition, éd, Dalloz, 2017.

⁶³¹ Règlement (ce) n° 851/2004 du Parlement européen et du Conseil, instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, du 21 avril 2004, *Journal Officiel de l'Union européenne*, 30.4.2004.

*règlement institue une agence européenne indépendante de prévention et de contrôle des maladies, définit sa mission et ses tâches ainsi que son organisation. »*⁶³²

Le Centre est doté d'un pouvoir de surveillance des maladies transmissibles, d'une identification d'une éventuelle épidémie ou des menaces émergentes ou réémergentes pour la santé ainsi qu'une délivrance d'avis scientifique. Il est mentionné dans le 1^{er} considérant de ce Règlement que : « *La Communauté se fixe comme priorité de protéger et d'améliorer la santé humaine en prévenant les maladies humaines, en particulier les maladies transmissibles, ainsi que de faire face aux menaces pouvant peser sur la santé afin d'assurer un niveau élevé de protection de la santé des citoyens européens. Une réaction efficace en cas d'épidémie requiert une approche cohérente au sein des États membres, ainsi qu'une contribution de la part d'experts expérimentés en matière de santé publique, coordonnée au niveau communautaire.* »⁶³³

Les États membres se sont imposé de travailler en réseau pour assurer une bonne politique de surveillance et de contrôle des différents types d'épidémies dans l'espace européen. Le troisième considérant précise ainsi : « *Les États membres doivent communiquer les informations sur les maladies transmissibles par l'intermédiaire des structures et/ou autorités appropriées désignées, conformément à l'article 4 de la décision n°2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 septembre 1998 instaurant un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans la Communauté (3), qui impose qu'une analyse scientifique soit effectuée en temps utile pour permettre à la Communauté de mener une action efficace.* »⁶³⁴ La liste déterminante des maladies infectieuses sur l'espace européen sont répertoriées très clairement dans la Décision n°2119/98/CE⁶³⁵. Pour plus de références : *Biologie et droit*⁶³⁶.

Afin de mener à bien les objectifs visés dans cette démarche d'une part, et, d'autre part, d'améliorer les systèmes de santé nationaux, l'Europe engage des mesures d'encouragement aux actions qui sont entreprises dans leur espace par la coopération ou par les conventions entre États membres visant les mêmes objectifs.

L'Union européenne mène des actions qui se reposent sur la recherche et la prévention des épidémies. Elle multiplie ses actions de dépistage et des campagnes de sensibilisation des publics. Elle a aussi une grande politique visant à diminuer la multiplication des différents cancers. Le Programme de santé publique mis en place entre 2007 et 2013 a encouragé deux initiatives importantes : l'action EUROSUN⁶³⁷, qui a pour objet de mesurer le niveau de danger des personnes et des populations face aux rayons ultraviolets et le projet EPIDERM⁶³⁸, une action européenne basée sur la prévention des cancers de la peau dans les pays membres.

Pour assurer la gestion des pandémies, les États améliorent les conditions et le contrôle de la santé publique ainsi que la sécurisation de soins. L'Union européenne a mené une action en 2009 contre la pandémie de grippe A (H1N1) et pour d'autres raisons elle a décidé de renforcer son mécanisme de contrôle comme dans la maladie du sida en renforçant la

⁶³² *Ibid.*

⁶³³ *Ibid.*

⁶³⁴ *Ibid.*

⁶³⁵ Décision n° 2119/98/CE

⁶³⁶ François GROS et Catherine PUIGELIER, « *Biologie et Droit, les étapes du vivant* », *op. cit*

⁶³⁷ EUROSUN est un programme qui consiste à mesurer le niveau d'exposition des populations ou des personnes aux rayons ultraviolets particulièrement en Europe par l'usage des données satellites météorologiques.

⁶³⁸ EPIDERM : Initiative européenne de prévention des cancers de la peau.

surveillance, l'information et la prévention, mais aussi le réseau principal des acteurs participant dans la lutte contre le VIH/sida.

En 2011, l'Organisation des Nations Unies, dans son Assemblée générale, a mis en place une nouvelle politique sur la prévention des maladies infectieuses avec le soutien et l'appui de l'Union européenne. Dans cette politique, les maladies chroniques sont déclarées ou placées en tête des défis à relever pour le développement du 21^e siècle et l'Organisation Mondiale de la Santé est interpellée pour prévoir des actions visant le monde entier. Elle a mis en place un « *Programme d'action européen pour lutter contre le VIH/sida ; le paludisme et la tuberculose par l'action extérieure (2007-2011)*. »⁶³⁹.

La question de l'obésité dans l'espace européen reste alarmante, raison pour laquelle dans le Livre blanc de la Commission liée aux problèmes de santé attachés à la malnutrition, il est proposé de réduire au maximum les risques dus aux mauvaises alimentations sans activité physique.

Il est indispensable d'évoquer les mesures de santé transfrontalières mises en place par le Traité de Lisbonne qui développait les compétences partagées entre les États membres et l'Union européenne en son article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne qui pose que : « *1. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union.*

L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé, ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci.

L'Union complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention. »⁶⁴⁰

La Directive⁶⁴¹ du 9 mars 2011 vise à garantir et à assurer la mobilité des patients et la libre prestation de services de santé. Cette disposition est en vigueur depuis le 25 octobre 2013 dans l'ensemble des pays membres de l'Espace économique européen, ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein et en Norvège, mais elle n'est pas applicable en Suisse. Cette règle ou les règles de la coordination de l'Union européenne assurent le citoyen qui se déplace au sein de l'espace européen d'être traité dans les mêmes conditions que les citoyens du pays concerné.

Les Règlements n°883/04⁶⁴² et n°987/09⁶⁴³ permettent au citoyen d'être soigné dans d'autres pays de l'Union européenne ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein et en Norvège et qui ajoutent la Suisse en charge de leur propre régime d'affiliation tout en tenant compte de

⁶³⁹ François GROS et Catherine PUIGELIER, « *Biologie et Droit, les étapes du vivant* », *op. cit.*, p. 112.

⁶⁴⁰ Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, *Journal officiel de l'Union européenne*, Rome, le 25 mars 1987.

⁶⁴¹ Directive n° 2011/24/UE, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

⁶⁴² Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JOUE n° L 166 du 30 avril 2004) entré en vigueur le 1^{er} mai 2010.

⁶⁴³ Règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JOUE n° L 284 du 30 octobre 2009) entré en vigueur le 1^{er} mai 2010.

modalités particulières. Ces Règlements fixent les mesures communes permettant d'associer les régimes nationaux de sécurité sociale.

B] LE SIDA ET D'AUTRES MALADIES TRANSMISSIBLES

« Année après année, c'est toujours le même chiffre qui revient, un peu désespérant : environ 6 000 personnes en France découvrent qu'elles sont porteuses du virus du sida (VIH). Cela est encore le cas en 2016 selon les données présentées mardi 28 novembre par Santé publique France.

"Cela ne veut pas dire que 6 000 personnes se sont infectées l'an passé. Cela correspond au nombre de personnes qui ont eu un diagnostic d'une séropositivité peut-être plus ancienne", précise Florence Lot, responsable de l'unité en charge du VIH au sein de cet organisme rattaché au ministère de la Santé. Bien qu'en très légère baisse (- 5 %) par rapport à 2013, le chiffre montre quand même que l'épidémie reste active en France. »⁶⁴⁴

Le Professeur Mirko D. Grmek, dans ses recherches, particulièrement celles qui mettent en lumière le thème « *médecine et société* » dans un ouvrage intitulé *Histoire des sciences*⁶⁴⁵, démontrait les origines, les débuts et les différentes évolutions de la pandémie du sida, mais détaillait aussi de façon claire les méthodes de lutte contre ce fléau. C'est à partir de cette observation que l'historien de la médecine et spécialiste de la pandémie du sida a inventé le concept de la maladie infectieuse émergente. L'histoire de l'ouvrage évoque de cette pandémie sous deux formes. D'une part, celle de la réalité de la présence de la maladie sans précédent et, d'autre part, celle qu'illustre le développement de nos idées. Il développait ses connaissances encyclopédiques en qualité d'historien spécialisé dans la biologie dans l'ensemble des maladies d'épizooties et celles de zoonoses. Depuis le début de l'année universitaire 1973-1974, il tenait des conférences dans les universités françaises pour expliquer la paléopathologie⁶⁴⁶, en particulier à l'École pratique des hautes études de La Sorbonne à Paris.

En suivant la thématique de l'émergence ou de la réémergence, au cours d'un grand séminaire du Conseil national du sida mettant en discussion les enjeux médicaux, politiques et sociaux de la maladie du sida avant et après 1996, Michelle Perrot⁶⁴⁷ a explicitement donné ses analyses sur le plan de la transformation et de l'évolution de cette épidémie. Elle rappelait que l'apparition de la maladie dans la société occidentale était un grand événement considéré par la société comme une rupture d'évidence. La maladie installe un climat de désordre et intéresse le corps médical et le progrès scientifique. Le sida déstabilise les relations et la libération sexuelles qui étaient largement favorisées dans les années soixante-dix. La société est surprise par cet événement et de cette problématique résulte un enchaînement d'interrogations dans toutes les rencontres scientifiques, médicales et médico-sociales dont trois méthodes sont retenues comme facteurs principaux de lutte contre cette pandémie. Il s'agit de mettre au premier rang la mobilisation des acteurs, plus précisément du malade

⁶⁴⁴ Pierre BIENVAULT, article : « *L'épidémie de VIH/sida reste active en France* », *La Croix*, le 28 novembre 2017, consulté sur le site le 20 janvier 2018.

⁶⁴⁵ Mirko D. GRMEK, « *Histoire des sciences : début et origine d'une pandémie actuelle* », éd. Payot, 1989, 10^e édition, Université du Michigan.

⁶⁴⁶ La paléopathologie est une branche médicale basée sur étude des maladies et leurs évolutions dégénératives observées plus profondément chez les populations du passé.

⁶⁴⁷ François BOURDILLON, Alain SOBEL, « *L'épidémie de sida : le temps des transformations* », *op. cit.*, p. 5.

comme acteur de sa santé et de son propre traitement, il est donc défini comme étant un autoresponsable. Au deuxième rang, du fait de la défaillance médicale, il faut considérer la politique de la prévention comme le seul moyen de lutte contre l'épidémie et enfin au troisième rang, il faut que le système politique et administratif assure le relais des actions envisagées.

Les compagnies de théâtre ont trouvé leur place parmi les acteurs en s'investissant dans la lutte contre les discriminations entre sidéens et professionnels ou entre sidéens et non-sidéens et/ou entre sidéens eux-mêmes. Le sida est toutefois une source potentielle de recherches, de connaissances et de savoirs depuis les années quatre-vingt. Il est devenu un axe d'orientation pour la médecine et surtout pour la société, dans l'ensemble des connaissances sur la sexualité, sur le système d'échange de communication ou la représentation, mais aussi sur la question des inégalités sociales et/ou régionales et enfin sur la mise en évidence des questions sur les rapports de pouvoir. Par exemple, la discrimination dans la société due aux interpellations sexuelles. Dans les pays occidentaux, les homosexuels, notamment les hommes, étaient les premières victimes de cette maladie. *« Certains d'entre eux se sont particulièrement mobilisés, sous forme associative surtout, pour porter le dossier et se battre avec un courage héroïque. La tragédie d'une part, le combat de l'autre ont évidemment suscité tant la compassion que l'admiration et c'est tout le regard de la société sur l'homosexualité masculine qui s'en est trouvé modifié. »*⁶⁴⁸

À cet effet, la société occidentale a connu brusquement un changement du statut de l'homosexualité depuis le début de l'émergence de l'épidémie. La question la plus importante portait sur la notion de la communication et le niveau de la réponse appropriée de la société face aux victimes de la maladie. Cette épidémie touchait considérablement les détenus, les sans domicile fixe et les toxicomanes. *« Puis la maladie s'est répandue, touchant de plus en plus les femmes, les migrants, les personnes en marginalité sociale, les moins éduqués, les moins informés. Lutter contre la discrimination et la stigmatisation a conduit d'emblée à organiser des actions spécifiques dont les caractéristiques n'étaient pas loin d'annoncer ce qu'on appelle maintenant la "discrimination positive", voire une action communautaire. »*⁶⁴⁹ La société occidentale s'est donc attachée à modifier les stratégies politiques et les acteurs ont développé une réflexion de mise en place d'actions culturelles comme les actions théâtrales. Elles sont organisées en fonction des nouveaux enjeux pour maintenir durablement chaque action significative et visée ainsi que mettre en permanence au sein de l'œuvre les principes d'égalité républicaine. Le théâtre accompagne en permanence les actions définies par la nouvelle politique de 1985 à 1995. Les comédiens assuraient ou assurent encore des campagnes de sensibilisation à l'hygiène et aux soins, de réinsertion sociale et d'accompagnement du public infecté par cette épidémie par voie sanguine ou sexuelle. La société cherchait à répondre aux exigences des malades dans un environnement où il n'existe pas des médicaments ou de traitement adéquat. D'un côté, *« ce champ social est d'abord caractérisé par une remédicalisation très importante et le développement visible d'une recherche fondamentale et clinique qui attire d'autres acteurs médicaux, tout aussi nombreux et tout aussi importants et peut-être plus attirés naturellement vers la production de savoir*

⁶⁴⁸ Ibid.

⁶⁴⁹ Ibid., p. 6.

que vers le dévouement anonyme et sans issue au chevet d'un malade condamné »⁶⁵⁰, et, d'un autre, les compagnies artistiques motivent les malades à participer massivement à la campagne, que ce soit en témoignant ouvertement ou de manière anonyme.

Quelques questions paraissent importantes dans cette démarche puisque la plupart des artistes parlaient ou soulevaient souvent la notion d'urgence de la maladie du sida. Quelle est donc leur intervention, compte tenu de l'urgence dans cette pandémie ? Y a-t-il une procédure d'urgence dans l'ensemble des activités artistiques et théâtrales ? Quels sont les méthodes et les moyens d'engagements des hommes de théâtre dans la politique de soins du sidéen ?

Certes, il existe des mesures d'urgence dans le domaine artistique et théâtral. Cette recherche montre que les artistes ont développé dans le cadre d'une politique artistique, des méthodes d'accompagnement et de prévention efficaces visant à limiter la propagation de la maladie et des services d'écoutes, assimilables à des mesures d'urgences de santé publique. Ils ont développé un autre angle d'urgence depuis les années quatre-vingt-dix, défini comme le renforcement de la politique d'accès aux soins équitables et efficaces, l'encouragement aux mesures thérapeutiques et la prise en charge très développée et mieux adaptée aux malades handicapés par une autre maladie très grave, comme les maladies chroniques.

1) Le théâtre et le VIH/sida : une transformation de prise en charge

Le théâtre intervient dans la politique du dépistage qui est un enjeu qui se transforme et qui prend une forme ou une signification politique, artistique, médicale et sociale. Dans les ateliers théâtre-santé, le thème du dépistage du VIH/sida avait un intérêt majeur dans la société. Pourquoi encourager le public ou le spectateur à participer massivement à la politique du dépistage ? Quelle valeur cette action représente-t-elle pour la collectivité ?

L'intérêt particulier approuvé par les spécialistes de théâtre est de connaître l'étendue de la maladie pour la combattre davantage et envisager jusqu'où la campagne de prévention peut aller pour assurer aux patients la sécurité des actes médicaux surtout lorsqu'il s'agit des transfusions sanguines. C'est encore un moyen d'écouter le malade et de répondre à ses interrogations lorsqu'il souhaite sonder son avenir et projeter sa vie. Cela n'est en aucun cas un procédé de tri et de classement de deux populations. Il n'est pas question de faire face à une population très considérée parce qu'elle n'est pas touchée par la maladie d'une part, et, moins considérée et condamnée parce qu'elle est atteinte par la maladie, d'autre part. Le comédien Nouridine Bacar assurait, dans son cercle d'atelier au Centre de Lecture et d'Animation Culturelle d'Iconi, que les mesures du dépistage n'ont pas un objectif politique ni de discrimination. *« C'est la raison pour laquelle il fallait replacer le dépistage dans le cadre de la prévention et maintenir, contre vents et marées et contre toutes les pulsions totalitaires, un dépistage volontaire permettant d'intégrer ce dispositif sur le plan individuel et collectif dans une démarche de santé publique. Un grand nombre de personnes ayant des comportements à risque sont venues nous dire qu'elles ne souhaitaient pas être dépistées. Pratiquant le sexe sans risque, elles ne mettaient en danger ni autrui, ni elles-mêmes, mais ne*

⁶⁵⁰ Ibid.

*pouvaient pas assumer l'angoisse d'une mort annoncée. Cette attitude était légitime et acceptable avant 1996. »*⁶⁵¹

Par l'influence de plusieurs comédiens œuvrant dans cette campagne, le dépistage a par la suite pris une autre forme. Il se développe vers la prise en charge médicale et médico-sociale et s'inscrit dans le suivi de soins artistiques et d'arts thérapeutiques qui permettent aux patients d'engager ou d'avoir un contrôle médicamenteux de l'infection par le bienfait d'art théâtral. « *Les personnes infectées par le VIH ayant échappé au dépistage pour des motifs d'ignorance, de marginalité sociale, de risque personnel (on pense notamment aux sans-papiers qui craignent un repérage en milieu sanitaire), de déni, et donc non traitées, vont évoluer vers le "sida maladie". »*⁶⁵²

L'épidémie du sida a engendré des conséquences classées schématiquement par degré : la pratique de soins en niveau 1, l'organisation de soins niveau 2 et le système de santé en niveau 3. Raisons pour lesquelles le droit de la santé et celui de l'hôpital ont connu aussi des changements brusques en mettant en place des droits des malades et l'amélioration de la qualité du système de santé, marqués par la loi Kouchner. Il y a également la sécurité sanitaire et d'autres dispositifs ainsi que des nouvelles formes d'organisation des soins qui s'investissent dans la lutte contre l'épidémie de sida. Ce fléau a transformé la pratique de soins, de l'acte médical et de la gestion du dossier du patient.

Les artistes qui accompagnent le système influencent ou persuadent leur public de procéder à une évaluation ou à un bilan sanguin. Ce dernier est joint techniquement à un motif de consultation qui n'est pas rattaché à un symptôme, mais plutôt à un risque. « *La partie de dialogue dans l'acte médical est considérablement modifiée par une "entrée massivement indiscreète dans la vie privée de l'individu explorant à des fins authentiquement médicales son parcours de plaisir, les rites sexuels, sa trajectoire sociale." Le contenu de la relation médecin/malade est alourdi par le poids des événements qui l'envahissent, et la compétence comme l'expérience du médecin sont obligées de s'adapter, sous peine d'inefficacité. L'acte médical est repositionné dans l'histoire sociale. "On ne peut soigner le sida comme l'endocardite, la méningite ou l'appendicite. L'hôpital est obligé de s'intégrer dans un parcours médico-social en participant à l'amont (prévention) et à l'aval (intégration sociale des patients et non patients infectés par le VIH)". »*⁶⁵³

La médecine oriente ses actes vers le parcours social et artistique. Les assises et les ateliers dramatiques sont multipliés, la parole est donnée aux malades, la confiance entre patients et professionnels de santé commence à s'installer grâce aux partages et aux écoutes très ouvertes disponibles dans l'art dramatique. Les différentes scènes des grands théâtres ne parlent que des thèmes liés directement à l'épidémie. Parler du sexe ou des actes sexuels dans les milieux publics était aux yeux des voyeurs un sujet tabou, mais il fallait bien lever de rideau de la scène pour en parler dans le but de sauver des vies. Cette situation a permis à l'acte théâtral de booster le moral du spectateur dans le cadre de la pratique artistique sous l'effet de la pression de la souffrance. Le comédien représente, dans cette souffrance, des situations des morts, des limites ou des interdits sexuels, des exemples de protections ou des rapports sexuels protégés contre la maladie épuisante. Entre le comédien et son public, la

⁶⁵¹ *Ibid.*, p. 7.

⁶⁵² *Ibid.*

⁶⁵³ *Ibid.*

douleur ou la souffrance représentée sur scène est tellement contagieuse que parfois le voyeur s'identifie à l'équipe des malades pour évaluer les conséquences. Dans l'esprit du spectateur, l'idée de l'injustice prend plus d'importance puisqu'il s'agit d'une maladie qui n'est pas comme les autres. Elle s'impose dans la vie quotidienne de chacun plus particulièrement dans son côté intime du comportement social.

Le rejet avait aussi une place non négligeable et l'exclusion des malades dans les milieux publics contribuait à l'humiliation du malade et le freinait dans sa prise de parole en face de deux ou plusieurs personnes, raison pour laquelle les ateliers théâtre donnaient plus du temps de parole à ceux qui souffraient d'une liberté d'expression. La recommandation unique des spectateurs ou de chaque patient reposait sur la protection sociale du malade et un énorme verrouillage du secret médical. *« Il n'y a pas de possibilité d'écoute, de prévention, de neutralité sans un secret professionnel absolu issu d'une confidentialité contractuelle. Ce secret professionnel pose d'immenses problèmes de fonctionnement social. Mais il réinvestit le praticien d'un rôle en partie abandonné, augmentant considérablement son pouvoir médical. Il est très symboliquement au centre du dispositif de dépistage "anonyme et gratuit". Ce contrat de confidentialité passé entre le médecin et le consultant, surresponsabilise les partenaires et les éloigne des mécanismes sociaux de recours. Dans ces conditions, on ne peut s'étonner qu'il s'agisse de la première maladie à pronostic fatal où l'on dise la vérité au patient. »*⁶⁵⁴

L'acteur maître du jeu implique l'épidémiologie et la santé publique dans l'obligation de la connaissance, de la communication médicale et motive le corps médical à garder beaucoup plus un aspect ou un rôle d'éducateur et à jouer le personnage du formateur ainsi que de l'informateur de santé. En suivant cette philosophie, le professionnel devient peu à peu acteur social en élargissant son domaine d'intervention au-delà du champ d'intervention médicale qui lui est propre. Il essaie de faire comprendre aux professionnels, mais aussi aux personnes malades, que chaque examen médical effectué chez un malade apporte un intérêt tant du côté personnel que du côté général : la société entière en bénéficie.

S'agissant de l'épidémie du sida, il y a quelques dates importantes à souligner dans la démarche. Par exemple, de 1980 à 1985, la société occidentale est bouleversée par le scandale du sang contaminé, jusqu'en 1992 où un procès est envisagé pour cette histoire. L'année 1984 marque l'année de la création de l'association AIDES, la première qui milite dans la lutte contre le sida. Le 1^{er} août 1985 est encore plus important puisque c'est la date à laquelle le test du VIH devient obligatoire pour chaque don du sang. Un an après, en 1986, la déclaration de cette maladie est obligatoire pour toute personne ayant connaissance de son infection et la prise en charge à 100 % est indispensable pour les soins de la personne malade. *« C'est ainsi que seront mis en place en 1987 des centres de référence, les Cisih (centres d'informations et de soins de l'immunodéficiência humaine), afin de développer une pratique de soins spécialisée, d'intégrer les différentes disciplines concernées (cliniques, virologiques, immunologiques, etc.) et de promouvoir une recherche clinique indispensable. La multidisciplinarité des Cisih, leur travail en lien étroit avec l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), le financement de professionnels travaillant à l'interface entre les services cliniques et l'ANRS (techniciens et moniteurs d'études cliniques), vont permettre le*

⁶⁵⁴ Ibid.

développement de nombreuses équipes de recherche clinique de grande compétence dans la plupart des régions françaises touchées par l'épidémie et faire de la France un pôle de recherche reconnu. »⁶⁵⁵ C'est à partir de cette année que la politique de la réduction des risques est mise en place. Dans cette même période, l'autorisation de la première consultation anonyme et gratuite est ordonnée par les services de Médecins du monde et leurs équipes. En 1988, le Rapport Got « préconise la création de l'Agence française de lutte contre le sida (prévention), de l'Agence nationale de recherche sur le sida (recherche) et du Conseil national de lutte contre le sida (éthique), instances qui seront créées dans les mois qui suivent. 1990 Premier rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH. »⁶⁵⁶ Ce même article démontre qu'à partir de « 1994 Résultat de l'essai ACTG-ANRS 024 montrant que l'administration d'AZT pendant la grossesse réduit le risque de transmission de la mère à l'enfant. »⁶⁵⁷

La démocratie participative et libérale initiée par le théâtre forum entre dans le cadre du projet « Culture à l'Hôpital » et a pour but la prévention et le traitement de la pandémie du VIH/sida et le bureau régional de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO/BREDA) privilégie les actions envisagées par l'art dramatique et ses artistes. Cette institution, en partenariat avec l'ONUSIDA, édite depuis 2003 un manuel référentiel qui permet aux compagnies de théâtre de savoir comment passer le message, adresser un état de lieux de la maladie, orienter les directives des textes théâtraux et de choisir quelles mises en scène sont possibles et adéquates afin de susciter rapidement un changement du comportement du public.

a) Témoignages des sidéens et leur sensibilisation au public

Dans le cadre des activités dramatiques, les scènes ou les cercles de partages envisagent des monologues de témoignages des personnes vivant avec le VIH/sida et cela entre dans le système de pilotage des activités de préventions. Le spectateur a l'occasion de démythifier la séropositivité du comédien-patient et de comprendre très rapidement ce que vit le malade séropositif.

Certains souffrent de discriminations, d'angoisse et de problèmes familiaux. Selon les témoignages des personnes malades, elles fréquentent les centres de conseil et de dépistage volontaire ou celui de partages en ateliers pour y avoir un accompagnement social et médical ainsi que des conseils de réinsertion. Il y a ceux qui fréquentent les hôpitaux pour avoir des aides et d'autres préfèrent les laisser à ceux qui sont beaucoup plus défavorisés et qui vivent avec une situation plus précaire qu'eux. Parmi ces témoignages, Étienne affirme que sa participation est motivée par l'action de partage d'informations puisque c'est le seul moyen de pouvoir s'échapper de la pandémie. Son exemple reposait sur la douleur et la stigmatisation des enseignants vivant avec la maladie, qui font face à des élèves qui les montrent du doigt tous les jours. Dans le cadre de l'enseignement, certains Professeurs, instituteurs participent à cette politique d'échange pour sauver ou accompagner les enfants séropositifs et orphelins de parents décédés par cette maladie. Jannifer confirme la force des actions ludiques, de la

⁶⁵⁵ *Ibid.*, p. 12.

⁶⁵⁶ *Ibid.*, p. 15.

⁶⁵⁷ *Ibid.*

musique, de la danse ou de la percussion pour surmonter l'angoisse de ses élèves et les inciter à prendre soin d'eux. D'autres souffrent du fléau de la séparation de leur vie conjugale et ils expliquent les risques dus à la force du VIH/Sida.

« Kenya 1 :

Enseignante confirmée de 38 ans, Beldina décrit comment elle a surmonté la discrimination, y compris son expulsion hors du foyer conjugal après qu'elle ait dévoilé son statut VIH à son mari. Beldina explique qu'elle s'appuie sur ses bonnes relations avec les élèves pour discuter des questions de VIH – elle conseille les plus âgés qui lui font part de leurs inquiétudes d'adolescents et organise des cours sur la sexualité avec ses élèves. Membre fondatrice d'un groupe de soutien aux enseignants, Beldina s'occupe activement de sensibiliser et de guider les enseignants, en les incitant à passer le test du VIH et à solliciter des conseils.

Mozambique :

Lorsque Luis, enseignant en histoire de 35 ans, s'est rendu compte qu'il était tout le temps malade, il a d'abord consulté un "sorcier". Mais son état a continué d'empirer et il a fini par se rendre, sur le conseil d'un ami, dans un centre de conseil et dépistage volontaire (CDV) où il a appris sa séropositivité. Luis décrit les difficultés financières et les problèmes qu'il a rencontrés pour trouver un appui financier. Il explique aussi qu'il se rend au centre CDV pour y trouver un accompagnement médical et des conseils.

Rwanda :

Charles, 39 ans, enseigne la discipline et l'éducation physique dans un établissement secondaire. Depuis qu'il a été diagnostiqué séropositif, il regrette les longues courses à pied avec ses élèves – son passe-temps favori – qu'il a abandonnées pour ne pas s'épuiser. La santé de Charles s'est améliorée depuis qu'il prend des antirétroviraux (ARV) qu'il peut se procurer grâce à un soutien financier. Ses dépenses ont augmenté, mais il ne profite pas des aides alimentaires gratuites offertes par les hôpitaux aux personnes vivant avec le VIH, préférant les laisser à ceux qui sont plus défavorisés que lui.

Sénégal :

Étienne, un directeur d'école de 49 ans, a été contaminé au début de sa carrière d'enseignant et insiste sur la nécessité de démarrer précocement les programmes de prévention du VIH pour les enseignants. Étienne décrit l'école comme le "meilleur vaccin social", car les enfants y reçoivent des informations sur le VIH et apprennent à se protéger du virus. Étienne estime qu'il est difficile pour les enseignants dont la séropositivité est publiquement connue d'exercer leur métier en raison de la stigmatisation dont ils souffrent de la part des élèves qui refusent de s'instruire auprès d'eux.

Tanzanie continentale :

Theresia, 53 ans, est partie prématurément en retraite en raison de la stigmatisation dont elle a fait l'objet dans l'école primaire où elle travaillait. Membre fondatrice du Réseau national des femmes touchées par le VIH/sida en Tanzanie, elle consacre désormais son temps à travailler pour le réseau, à faire du bénévolat et à s'occuper de ses trois petits-enfants. Theresia évoque les besoins des enfants séropositifs et des orphelins du sida qui fréquentent l'école primaire où elle enseignait. Rares étaient ceux qui bénéficiaient d'une aide pour obtenir des uniformes, de la nourriture et des ARV. Elle suggère d'offrir des aides à ces enfants par le biais des programmes de santé et de nutrition scolaire.

Zambie :

Jennifer est une enseignante de 40 ans. Elle fait activement partie d'une équipe d'enseignants qui sensibilisent leurs collègues et les élèves au problème du VIH. Jennifer parle du VIH pendant ses cours, pendant les assemblées et dans les Clubs antiSIDA. Elle s'appuie sur des moyens ludiques et utilise la musique, les tambours et la danse pour intéresser les écoliers. Elle participe à des débats radiophoniques, se rend dans des églises et d'autres écoles pour discuter des questions relatives au VIH.

Zanzibar :

Sara, une institutrice de 28 ans, est séparée de son mari et vit avec ses parents. À côté de l'enseignement, Sara passe son temps à expliquer aux populations les risques de la contamination par le VIH et les invite à aider ceux qui vivent avec le virus. Le soir, elle coiffe des femmes et profite de ces moments pour parler de ce que cela signifie de vivre avec le VIH. Sara considère qu'il faudrait encourager les enseignants à dispenser l'éducation au VIH à la fois à l'école et dans la communauté. »⁶⁵⁸

b) Les orientations du comédien à son patient

Les orientations de l'artiste sont assujetties, à la base, à la relation médecin/patient qui constitue le pilier de la pratique médicale et artistique. Elle peut être repérée comme de l'éthique médicale et culturelle. Toutefois, cette méthode entre dans la politique imposée par le Serment de Genève⁶⁵⁹ exigeant du professionnel de santé de prendre en considération ou de faire primer la santé du patient avant toute autre préoccupation. Malheureusement, ces droits humains ne sont pratiquement pas respectés dans plusieurs pays. Le comédien œuvrant à l'hôpital Villejuif de Paris, Paul Begba, partageait ou expliquait dans ses représentations et ses assises que la profession médicale a toujours connues des observations peu critiques certes, mais contradictoires sur les bases de l'égalité et des droits des malades au sein des établissements de santé. Au début, le médecin n'était autorisé à préciser que des éléments comme l'âge, la nationalité, le type de la maladie ou de l'infirmité dont souffre le patient, la croyance, le sexe, l'inclinaison sexuelle, l'origine ethnique et le statut social ou d'autres éléments qui peuvent s'ajouter dans le devoir professionnel du soignant et dans le processus de soins médicaux du patient. En revanche, le corps médical revendiquait le droit de dire non

⁶⁵⁸ Rapport, Banque Mondiale, « *Témoignages d'enseignants vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne* », Imprimé pour la 15e Conférence internationale sur le SIDA et les IST en Afrique (ICASA) - Décembre 2008, p. 8.

⁶⁵⁹ Déclaration de Genève, adoptée par la 2^e Assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale Genève (Suisse), septembre 1948, amendée plusieurs fois. Elle a été amendée dernièrement par la 68^e Assemblée générale, Chicago, États-Unis, octobre 2017 comme suite :

« *Serment de Genève : EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE :*
JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TÉMOIGNERAI à mes Professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiles, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement. »

ou de refuser un patient au-delà de ses préoccupations d'urgence. Le débat était très riche, mais le temps était très court. Il expliquait bien évidemment qu'il y avait des raisons qui pouvaient être considérées comme légitimes, par exemple le manque du temps ou encore la qualification, que ce soit de spécialisation ou pédagogique. Autrement dit, le médecin pratiquait une forme de discrimination silencieuse que la loi ne réprimait pas. Les participants du cercle de partage étaient très touchés par l'explication. Mais ils oubliaient que le médecin pouvait ne pas négliger ces principes de respect et d'égalité au moment du choix ou de la sélection du patient, mais il peut ne pas respecter ces principes lors de la pratique de soins et de sa relation avec le malade.

Il insistait davantage sur la notion de compassion qui est une des valeurs fondamentales de la médecine, indispensable dans la relation thérapeutique. L'artiste affirmait en faire usage dans chaque exercice d'atelier théâtre. Il définissait la compassion dans le domaine artistique comme le respect de la dignité du patient et de ses valeurs. Mais il développait son champ de compassion et d'accompagnement vers l'écoute de chaque patient en situation de vulnérabilité, souffrant d'une maladie, d'une infirmité ou d'une incapacité. Il est donc compréhensible que si le malade sent la compassion chez son soignant, il lui ouvre les portes de sa confiance et accepte, dans son intérêt médical, les actes de celui-ci et ses agissements. Seules les mesures de confiance font avancer l'engagement aux soins de chaque malade.

Le comédien précisait que lui aussi est tenu, comme tous les médecins, de respecter les obligations, les mesures de confiances imposées par le Code international d'éthique médical de l'Association médicale mondiale. « *Le médecin devra à ses patients la plus complète loyauté, ainsi que toutes les ressources de sa science. Lorsqu'un examen ou traitement dépasse ses capacités, le médecin devrait faire appel à un collègue qui dispose des compétences nécessaires.* »⁶⁶⁰

Chaque médecin est lié par cette relation et ne peut en aucun cas abandonner son patient de son propre gré. Il doit justifier au patient ou à ses proches ou à un tiers les raisons de sa décision. Elle doit être motivée par un raisonnement légitime et ensuite aider son malade à trouver un médecin compétent.

Un des assistants du cercle d'échange pose la question suivante : que se passe-t-il lorsque le motif du médecin n'est pas légitime ? Par exemple, il y a des immigrés qui souffrent de propos racistes dans les établissements de santé de la part de leurs soignants. La question était très intéressante et bien appréciée par l'assistance. Mais l'artiste n'a pas suivi le jeu de son spectateur puisqu'il voulait rester neutre. Il a juste expliqué qu'il faut prendre toutes les mesures de précautions nécessaires pour éviter ce genre de problèmes. Il assurait que la plupart des établissements publics de santé n'ont pas d'orientation ou de choix spécifique quant à leurs patients. En revanche, il y a des patients agressifs qui menacent la vie du médecin ou ont des attitudes critiques et asociales qui parfois sont insupportables. Lorsque le médecin est devant un patient brutal et violent qui renonce à ses soins ou à l'ensemble des activités thérapeutiques, il doit envisager un équilibre entre l'obligation de sécurité pour lui-même et la responsabilité de son personnel pour trouver un juste milieu pour le bien-être du patient. En suivant les principes du même Code, si le médecin n'est pas en mesure de donner

⁶⁶⁰ Code international d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale, adopté par la 3^e assemblée générale de l'AMM, Londres (Grande-Bretagne), octobre 1949, amendée plusieurs fois et publiée dernièrement en France : septembre 1994.

suite ou satisfaction à ces deux impératifs, il doit par conséquent prévoir d'autres mesures de soins pour son patient.

Dans d'autres ateliers menés par les actions du Sidaction « *Ensemble contre le Sida* », il est prévu des tests de dépistage, des ateliers de formation et de prévention, des réunions et ateliers « *qualité de vie* » ainsi que des programmes d'information thérapeutique et artistique et la publication des prospectus. La majorité de ces actions sont menées par des experts de chaque domaine respectif. Ces mouvements visent les personnes vivant avec le VIH/sida dans le but de les encourager à entreprendre leurs soins thérapeutiques. Les actions artistiques sensibilisent le public à l'état d'isolement dans lequel sont les personnes malades ou vivant avec le VIH/sida, dites séropositives, qui se cachent par peur et par angoisse. Ce public est constitué à majorité des femmes qui n'ont plus la parole dans leur entourage. Les séances accueillent à 80 % des femmes séropositives ou vivant avec des pathologies chroniques qui souhaitent sortir dans leur isolement. Plus elles participent, plus elles retrouvent leur confiance en elles-mêmes. Elles exploitent leurs capacités créatrices dans l'art plastique ou dramatique par exemple, sans avoir eu auparavant une expérience spécifique. En Île-de-France, les ateliers hebdomadaires se déroulent tous les mercredis matin. Il y a d'autres ateliers découverte qui se déroulent chez les partenaires conventionnels, comme l'équipe de Sol En Si en Île-de-France, l'équipe d'Arcat et/ou l'équipe Caarud Bémol. L'axe artistique est tellement large. Les'Arts est aussi impliqué dans la lutte contre le VIH/sida et propose des ateliers à base de médiations artistiques à but thérapeutique aux publics vulnérables souffrant d'une pathologie chronique.

Souvent, l'attention se porte vers les personnes vivant avec le VIH/sida tant parce qu'il s'agit d'une maladie grave que pour son côté lié à la stigmatisation et aux préjudices sociaux.

Les malades participant aux actions théâtrales manifestent en masse un sentiment d'insatisfaction, car il y a une grande partie des médecins qui hésitent à les soigner par peur d'être contaminés par la maladie. Pourtant le présent Code ne fait aucune distinction ou exception entre les patients, les maladies ou toutes personnes sollicitant une prise en charge. Le devoir du médecin est de traiter tous les malades sans discrimination.

Ils ont un droit de prévention et d'assistance et doivent recevoir des soins *ad hoc* sous une protection sociale, avec la compassion du médecin et surtout en mettant en avant le respect de la dignité humaine.

Dans la relation médecin/patient, il peut y avoir une affection ou une attirance sexuelle entre la personne soignée et son praticien, mais ce dernier est appelé à prendre toutes les précautions pour ne pas céder à ces avances. Cela entre dans le cadre des règles fondamentales de l'éthique médicale. En revanche, l'inverse est difficile à cerner puisque les malades cèdent aux avances sexuelles des médecins par peur de ne pas recevoir les soins nécessaires.

Dans une des politiques menées par CRIPS⁶⁶¹, il est précisé que la relation émotionnelle très profonde du médecin avec son patient risque d'avoir des effets défavorables sur l'observation clinique du praticien traitant. Les artistes dramatiques de Nanterre mettaient

⁶⁶¹ CRIPS : le Centre régional d'information et de prévention du Sida ainsi que pour la santé des jeunes. C'est une structure régionale partenaire du réseau français pour le traitement global d'information et de communication sur les hépatites, les risques liés aux jeunes, les usagers de drogues et surtout sur le VIH/sida.

en scène une pièce intitulée *Silence = Mort ! Action = Vie ! VI(e)H*⁶⁶², dans les mises en scène de Pauline Rousseau, pour démontrer jusqu'où le théâtre peut contribuer à la lutte contre le VIH/sida. Marie Astier répondait aux questions de l'étudiante de l'Université de Nanterre Jeanne Jezequel dans un entretien : « *Qu'est-ce qui vous a donné envie de réaliser un spectacle sur la maladie ?* »

Marie Astier : Les liens entre théâtre et maladie m'intéressent, mais je ne suis pas du tout spécialiste de la question du sida, c'est pourquoi j'ai contacté Ulysse Caillon qui avait fait son mémoire notamment sur Jean-Luc Lagarce, qui a ensuite lui-même fait appel à Pauline, qui serait plus en mesure de travailler la mise en scène. [...]

En quoi l'élaboration de ce spectacle est-elle un véritable travail d'équipe ?

*Marie Astier : Le groupe est particulièrement à l'écoute et bienveillant, on ose tous faire des propositions, on n'a pas peur d'aller au plateau en se trompant, il n'y a pas d'autocensure. On propose tous des choses et le groupe réagit, c'est ainsi que l'on construit ensemble. »*⁶⁶³ Dans cette façon de travailler, rien n'est imposé et la parole est libre pour tous ceux qui veulent y participer en contribuant ainsi à la lutte contre le VIH/sida.

2) Le cancer est-il une maladie transmissible ?

Avant de répondre à cette interrogation, il serait mieux d'expliquer le choix de la maladie du cancer parmi celles qui sont contagieuses. Dans la plupart des ateliers théâtre-santé, l'interrogation revenait à tout moment. Les personnes souffrant de cette maladie n'arrêtent pas de se poser la question également posée par leurs partenaires. Cette maladie est reconnue comme un cas social dans la politique de santé et du bien-être de la personne.

En général, le cancer est une maladie qui s'explique par la prolifération de cellules. Cette multiplication traduit ce phénomène qui est à l'origine de l'apparition de tumeurs, graves ou non, qui altèrent peu à peu les organes du corps humain. En revanche, comme il y a plusieurs sortes de cancer, de nombreuses personnes sont touchées et souffrent de cette maladie : un homme sur deux et une femme sur trois l'est... Toutefois, au-delà de l'angoisse d'une maladie transmissible ou non, une autre question est souvent posée : « *Peut-on parler d'une épidémie de cancer ?* »

Ces questions intéressent plusieurs artistes et des compagnies de théâtre qui se battent de près pour lutter contre le cancer. « *Du théâtre de boulevard pour lutter contre le cancer* » est un projet d'action culturelle mené par l'Amicale théâtre qui, depuis 1975, s'investit par tous les moyens dans la recherche et l'étude contre le cancer. Leurs représentations sont très sollicitées et battent leur plein. Il y a aussi du théâtre comique pour lutter contre le cancer qui participait, le vendredi 22 septembre 2017 au Centre culturel de Saint-Germain LaPrade, à la troisième édition de la soirée caritative « *Mange du crabe* » au profit de la Ligue contre le cancer. « *FEZA : le théâtre qui se joue du cancer* » qui est un projet dirigé par l'Association turque de lutte contre le cancer, a joué le 26 février 2015 au sein de la salle de spectacles du Fulya Art Center, situé à Beşiktaş. Cet événement théâtral a été préparé et représenté sur scène par des personnes atteintes de cancer. Le spectateur est ébahi et envahi d'une émotion

⁶⁶² Entretien mené par Jeanne JEZEQUEL, étudiante en Master 1 Humanité et Industries créatives à l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense, jeudi 1^{er} décembre 2016, Espace Pierre Reverdy, bâtiment L, disponible sur le site : Nanterre sur scène, le 20 janvier 2018.

⁶⁶³ *Ibid.*

inestimable. La réussite de cet événement impliquait l'organisation du partenaire du projet, le Centre médical *Neolife*. Les comédiens orientaient leurs textes autour de ce fléau qu'est le cancer actuellement identifié parmi les pires des maladies. Ce même jour, « à 20 h 30, la pièce de théâtre débutait sous les applaudissements chaleureux et encourageants des spectateurs. 21 h 30, fin de la pièce. Les comédiens pouvaient aller reprendre leur souffle, avant de participer à une séance de rencontre avec le public.

La pièce s'est déroulée dans une ambiance assez détendue où se manifestait une entente très poussée au sein de l'équipe des acteurs qui, soit dit en passant, ne se connaissaient pas avant ce beau projet de spectacle. Le projet, par ailleurs, a nécessité trois mois d'organisation et de mise en place en incluant la sélection des acteurs, l'écriture de la pièce, les nombreuses répétitions, et, naturellement, tout le côté logistique. »⁶⁶⁴

La représentation a donné des sentiments positifs, aux proches des malades et aux personnes malades parmi les spectateurs, mais aussi aux acteurs et actrices qui ont assuré l'interprétation de « *FEZA* ». Hülya Güngörmü affirmait : « *Qui pense qu'il est indispensable de "savoir vivre avec sa maladie", ce qui signifie pour elle "essayer d'avoir une approche positive de celle-ci, mais surtout constructive. Se dire qu'être atteint de cancer n'est pas une fatalité, et rester optimiste quoiqu'il en soit en vivant sa vie normalement et en profitant de tous les moments que celle-ci a à nous offrir." »⁶⁶⁵*

Une personne parmi le public s'interrogeait en prenant le cas de sa meilleure amie. Elle cherchait à savoir si le cancer est contagieux ou non, le petit ami de sa meilleure amie s'inquiétant tous les jours, parce que son amie pratique la chimiothérapie pour un cancer du pancréas. Il est angoissé par la peur d'être contaminé lui aussi. Il se voit limité dans ses rapports sexuels, il utilise des préservatifs, mais la peur gagne toujours leurs espaces conjugaux puisqu'il a peur d'être infecté par la salive. Il se voit avec les mêmes symptômes que quand son amie a débuté sa maladie. Cette personne cherchait une réponse pour sauver le couple de son amie.

La réponse est claire, le cancer du pancréas n'est pas transmissible. Toutefois, il existe des cancers qui sont liés à des virus qui, par la suite, peuvent être transmissibles au partenaire. Par exemple le cancer du foie provoqué par des virus de l'hépatite ou celui du papillomavirus appelé couramment le cancer du col de l'utérus. Cependant, il faut bien comprendre que ce sont les virus qui se transmettent et non le cancer lui-même. Les douleurs qui sont présentes chez son ami sont dues aux effets de ses angoisses et non à la maladie. Mais la question reste pertinente, parce que le partage des convictions encourage chacun à prendre lui-même en charge sa santé tant physique que morale, puisque la médecine ne peut pas tout faire ou répondre à tout par manque du temps. « *Les cancers d'origine infectieuse en font partie, comme ceux du col de l'utérus (le vaccin est sur le marché) et, décrit récemment, de l'oropharynx (Human Papillomavirus), mais aussi du nasopharynx (virus d'Ebstein-Barr, Herpesviridae), du foie (hépatites virales), le sarcome de Kaposi dans le sida (Human Herpesvirus 8) et certains lymphomes (virus HTLV-1). Une hypothèse infectieuse existe depuis les années soixante pour la maladie de Crohn, entérite liée dans la littérature à Mycobacterium avium subsp. paratuberculosis. Des liens sont retrouvés entre les diarrhées à*

⁶⁶⁴ Sara Ben LAHBIB, article intitulé : « *FEZA : le théâtre qui se joue du cancer* », publié sur le site Aujourd'hui la Turquie, le 3 mars 2015, consulté le 20 janvier 2018.

⁶⁶⁵ *Ibid.*

Rotavirus dans l'enfance et la survenue d'une maladie cœliaque (intolérance au gluten). En définitive, des facteurs viraux et bactériens sont cités comme facteur de risque environnemental dans de nombreuses maladies chroniques. »⁶⁶⁶

Dans le projet « *Du théâtre de boulevard pour lutter contre le cancer* », les participants arrivent à comprendre à travers les échanges entre comédiens et malades comment naît un cancer. Quel rôle jouent les agents infectieux dans la transmission du virus ?

Certes, le nombre des malades augmente chaque jour, mais le cancer n'est toujours pas contagieux. Il naît par la multiplication des cellules qui se transforment par la suite en cellules cancéreuses. Elles se développent petit à petit et donnent au fur et à mesure des tumeurs qui sont aussi cancéreuses. C'est à partir de là que le patient a besoin de voir un médecin pour être diagnostiqué. La seule chose à éviter en permanence c'est la transmission des virus et des bactéries. Il faut éviter par exemple ceux du sida, de l'hépatite B et C et les papillomavirus ou les bactéries comme l'*Helicobacter* considéré comme dangereux. Ils peuvent provoquer à la fois des cancers de l'estomac, du col de l'utérus ou du foie.

Comment peut-il se transmettre ? Certes, c'est très rare, mais possible par exemple lors d'une greffe d'organe si le donneur avait déjà des cellules cancéreuses dans son organisme. Un deuxième cas est encore possible lorsque les prédispositions génétiques sont présentes chez la mère qui est enceinte par exemple lors d'un accouchement, les cellules cancéreuses qui sont dans l'organisme de la mère peuvent s'introduire dans le fœtus.

C'est dans ce type d'échanges que les artistes participent à la politique de lutte contre les cancers afin de diminuer le stress et les angoisses et de préserver les couples et les familles en pleine souffrance de la maladie.

a) Vivre avec le cancer

Comment le malade peut-il « *aller bien* » ou « *vivre mieux* » avec le cancer ? La ou les réponses possibles à cette question, les personnes malades et leurs entourages les trouvent très facilement dans les actes théâtraux et les ateliers dramatiques d'échange. Dans la plupart des assises artistiques, la ou les réponses à cette question se reposent sur la confiance en soi, dans le fait de garder le moral dans chaque cas ou d'adopter des attitudes qui se présentent et de participer davantage à des mouvements, des actions théâtrales, artistiques et culturelles. Dans une des phases d'enquêtes⁶⁶⁷ menées dans cette étude, Madame J, âgée de 45 ans, répondait à certaines questions lors d'un entretien que : seule sa participation à des ateliers de théâtre ou d'autres arts comme la musique, l'art plastique et la danse, lui permet d'oublier sa maladie et l'encourage à faire face à la vie sans angoisses ou sans la peur liée à la mort. Elle a encore précisé, en le répétant deux fois, que sa participation à ces ateliers lui permet de s'échapper de son espace d'isolement, de la fatigue et de limiter son temps de solitude, étant une malade sans famille. C'est la seule voie pour celles ou ceux qui souffrent de la même maladie ou d'autres maladies chroniques de pouvoir s'épanouir et de s'éloigner un temps du malheur.

La même philosophie est avancée par « *Ester Sisa, autre patiente âgée de 70 ans, salue l'initiative qui se veut être un projet de responsabilité sociale ayant pour fin de*

⁶⁶⁶ Hélène FAGHERAZZI-PAGEL, Docteur en médecine, Ingénieur de recherche CNRS, « *Maladies émergentes et réémergentes chez l'homme, Concepts, Facteurs d'émergence, Alertes, Riposte et coopération mondiale* », CNRS, dernière mise à jour : avril 2008, p. 9

⁶⁶⁷ Annexe numéro 6 : questionnaire.

remonter le moral des malades, puisqu'il est "très important d'avoir le moral quand on est atteint de cancer, et ce quel que soit son stade. C'est celui-ci qui nous permet de continuer de lutter, et surtout de croire qu'on peut arriver à nous en sortir." De plus, madame Sisa conseille à tous les malades en général de "s'adonner à une activité artistique. Ça peut être le théâtre, la danse, la musique, ou encore la poterie, et le dessin. Chacun peut choisir en fonction de ses goûts, passions et disponibilités." Ceci étant dit, elle insiste sur le fait que "tout art aide à guérir le cœur et l'esprit." Finalement, la septuagénaire a ému par ce message qu'elle a prononcé avec une profonde conviction : "Je laisse comme héritage à tous ceux qui m'aiment et que j'aime le courage et la volonté de lutter." »⁶⁶⁸

Le théâtre ou tous les autres arts participent aux processus de soins thérapeutiques des malades cancéreux, sont aux services des traitements et aident à la prise en charge mentale et physique des souffrants. « *Nesrin Aslan et Elçin Biçer, travaillent toutes deux à Neolife où elles sont respectivement directrice et psycho-oncologue. Elles ont exposé l'importance de la "dramathérapie" qui se développe actuellement de plus en plus, dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale des patients atteints de toutes sortes de maladies dites graves. Ce terme renvoie à l'utilisation de techniques théâtrales pour travailler sur la santé mentale des patients suivant la thérapie. Aussi, elle est utilisée dans de nombreux établissements, notamment les hôpitaux et cliniques, les écoles et entreprises, mais aussi les prisons.* »⁶⁶⁹

Quant aux différents services de cancérologie, les entrées et les sorties ne sont pas comme dans les autres services d'hospitalisation, puisque rien ne garantit au patient sortant qu'il n'y reviendra plus. Il est jusqu'à présent difficile de dire que le cancer est totalement guéri puisqu'il a toujours un risque de récurrence. Il y a dans ce service des patients qui viennent d'être soignés et suivent une chimiothérapie pour la première fois, mais il y a aussi ceux qui y retournent puisque la maladie peut réapparaître après quelques années même si parfois c'est un autre cancer qui vient se manifester. Il y a aussi ceux qui y retournent pour des raisons de séquelles ou de divers effets secondaires ou qui souffrent de pathologies très lourdes qui nécessitent une intervention thérapeutique. L'histoire devient intéressante dans les services de cancérologie lorsque l'équipe soignante sortante passe le relais à l'équipe soignante arrivante et leur confie les patients. Le dialogue peut se résumer dans un temps très court et précis : « *C'est un moment essentiel qui permet de saisir de la bouche des soignants l'état global du patient. Chacun est présenté par son nom, son âge, sa situation familiale, le diagnostic, les soins déjà effectués et ceux à réaliser. Parfois les transmissions se terminent sur un "tout le monde va bien", suivi d'un "prenez soin d'eux !" »*⁶⁷⁰

Ce n'est pas par hasard que le théâtre est l'ami proche de la médecine, cela se justifie par la vie de tous les jours dans les établissements de santé manifestée par les professionnels médicaux et leurs patients. Le constat fait dans l'article d'Anne-Gaël Bilhaut ne parle pas d'un théâtre ou d'une pièce théâtrale écrite et représentée sur scène, mais plutôt des échanges entre professionnels des équipes soignantes du service : « *Fréquemment les malades déclarent "aller bien", ou les soignants trouvent que "les patientes vont bien." Le dossier médical montre pourtant que toutes sont malades. Alors, qu'expriment les soignants lorsqu'ils disent des patientes en cours de chimiothérapie ou en fin de vie "[qu'] elles vont bien" avant de*

⁶⁶⁸ Sara BEN LAHBIB, « FEZA : le théâtre qui se joue du cancer », *op.cit.*

⁶⁶⁹ *Ibid.*

⁶⁷⁰ Anne-Gaël BILHAUT, « Les mots du corps : une ethnographie des émotions des soignants en cancérologie », [ethnographiques.org](http://www.ethnographiques.org), Numéro 14, octobre 2007 [en ligne]. <http://www.ethnographiques.org/2007/Bilhaut.html> (consulté le [date]), p.3 .

passer le relais à l'équipe suivante ? Aller bien, c'est souvent un mieux-être du patient, qui peut être lié à son appétit, ses déjections, son aspect, son humeur. Parfois, tandis que le patient a soudainement perdu un peu la tête, une soignante précise "[qu'] elle est un peu désorientée, mais [qu'] elle ne s'en rend pas compte, elle va bien." Un symptôme jugé sans sévérité peut être évoqué ("son œil gauche ne ferme pas à cause de l'hémiplégie, sinon elle va bien", dit Monique, une infirmière, à propos d'une patiente). Ces points de vue sont à examiner corrélativement à la maladie : les effets secondaires du traitement sont pris en compte et traités, mais sont considérés comme bénins en comparaison de la gravité du mal. Aller bien, c'est aussi ne pas souffrir d'effets secondaires. Par exemple : "Elle va bien : pas de malaise, pas de fièvre ni d'hypothermie." »⁶⁷¹

En restant dans cette situation, « *Aller bien* » ou « *vivre mieux* » ne signifient pas l'absence de la maladie chez le patient, mais plutôt indique fréquemment « *ne souffre pas comme avant.* » Toutefois, il y a moment où l'état du patient peut être critique en cas de dégradation de son état de santé ou de son physique. Dans ce cas, l'équipe entrante cherche à savoir ce que l'équipe précédente a fait en leur posant la question : qu'est-ce que vous lui avez fait durant ces derniers jours ? Où qu'est-ce qui s'est passé la nuit ou le week-end par exemple ? Qu'est-ce qu'il a mangé ces derniers temps ? L'équipe sortante doit faire attention à ce genre de questions, elle doit donner des réponses exactes puisque dans une telle situation elles vont conduire à une réflexion de déresponsabilisation à l'égard de l'état de santé dégradée du patient. Il y a aussi la question de la peur professionnelle, la nouvelle équipe veut s'assurer que le patient restera en vie jusqu'à la fin de son service. C'est en quelque sorte un rejet de la responsabilité de toute cause de la mort du malade. La notion d'échec est toujours prévue par l'équipe entrante. Il faut que ce soit l'autre. La responsabilité incombe à l'autre équipe.

Les objectifs envisagés par les soins ne se résument pas seulement au niveau du corps et à l'état de santé du malade, mais s'appliquent à l'ensemble de la personne. « *La tumeur qui ronge le patient de l'intérieur ne fait pas qu'agresser un organe, elle attaque son corps touchant jusqu'à son apparence et son moral. Aller bien concerne : la tumeur, le fonctionnement mécanique du corps, son apparence, les affects, l'entourage. Le malade vit un drame intérieur double, devant combattre à la fois la tumeur qui se développe et l'ensemble des émotions qui l'assaillent, entre espoirs et déceptions, souffrances et peurs, sans perspective de guérison définitive, et donc pour certains, dans la difficulté de se projeter. Tout cela est amplifié par l'environnement hospitalier où ceux qui circulent ont tous un lien avec la maladie : visiteurs, médecins, patient(e)s avec qui partager une chambre, etc.* »⁶⁷²

Cette maladie met ou oblige le patient à entrer dans une entreprise de vie ou de mort. C'est pour cela que le malade doit s'engager dans la lutte et se battre contre elle tous les jours. Il doit avoir le moral dans chaque situation et faire face à toutes les épreuves. L'espoir et le courage sont des facteurs d'adhésion aux mythes de la guérison et du « *Vivre mieux* ». C'est ainsi que certains patients acquièrent « *alors la "certitude que la guérison tient à un état d'équilibre personnel dont le ressort se trouve en soi"* (Bataille, 2005). *Mais comment "se battre contre le cancer", contre une tumeur à l'intérieur de soi ? Si les médecins prescrivent une lutte moderne et technique par la chimio ou radiothérapie, un travail sur ses propres*

⁶⁷¹ *Ibid.*

⁶⁷² *Ibid.*, pp. 3-4.

émotions doit contribuer à favoriser et maîtriser un moral qui doit être bon pour "vaincre la maladie." Telle est la tâche à laquelle s'affairent aussi les soignants. »⁶⁷³

b) La prise en charge

La prise en charge étudiée ici ne se limite pas seulement aux cas des maladies transmissibles, émergentes ou réémergentes. Elle parle d'une prise en charge des maladies chroniques en général et des différents comportements de l'individu ou de la personne malade.

Dans la majorité des ateliers dramatiques, la question de la prise en charge est reliée à la personnalité du patient tout en tenant compte de son environnement, de son entourage et de sa profession. Une grande partie des patients souffrent d'un trouble de la personnalité. Ce problème n'est pas une maladie qui a un début et une fin, mais il s'agit d'un trouble ou d'un parasite qui se manifeste durant toute la vie du malade. C'est un facteur de perturbation de la vie professionnelle, de la vie familiale et de la vie sociale de l'individu. Ce trouble déstabilise son équilibre émotionnel et projette les souffrances vers son entourage. *« Les troubles de la personnalité eux-mêmes motivent rarement une demande de soins spécifique, mais ce sont leurs complications fréquentes (dépression, troubles du comportement, addictions, etc.) qui sont le plus souvent à l'origine des consultations. Il est donc utile de connaître les caractéristiques principales des troubles de la personnalité les plus importants, afin de les repérer chez un patient consultant pour d'autres motifs, somatiques ou psychiatriques. Cela pour orienter au mieux les choix thérapeutiques, avec également des conséquences certaines pour la relation médecin/malade. Nous ne pourrions ici indiquer que les grandes lignes des principaux problèmes rencontrés, le domaine des troubles de la personnalité étant un des plus complexes et riches de la psychiatrie. »⁶⁷⁴*

Les bases de la prise en charge sont fondées sur le principe d'éthique mettant en avant le respect de la personnalité qui impose un contrôle sur l'ensemble des informations délivrées, sur le processus thérapeutique envisagé avec le consentement du malade et sur les méthodes éducatives programmées.

L'identification ou le repère des principales personnalités pathologiques peut s'identifier par *« Tout trait de personnalité (ou de "caractère") peut être plus ou moins marqué chez un individu (stabilité émotionnelle, extraversion, impulsivité, etc.), sans se traduire pour autant par un fonctionnement pathologique. Certains sujets ont cependant une organisation particulière de plusieurs traits qui, par leur caractère excessif et rigide, et leur combinaison les uns avec les autres, sont à l'origine d'une souffrance personnelle ou de comportements difficiles pour l'entourage, et cela de manière durable sinon permanente.*

Les classifications psychiatriques actuelles reconnaissent une dizaine de troubles de la personnalité, regroupés en trois grandes familles : les personnalités excentriques, les personnalités "spectaculaires et impulsives et, enfin, les personnalités anxieuses. »⁶⁷⁵

Lors d'un atelier théâtre-santé, il est à la charge du comédien d'expliquer à son assistance comment repérer les comportements bizarres et excentriques liés à la personnalité.

⁶⁷³ *Ibid.*, p. 4.

⁶⁷⁴ Philippe ARLET, Robert NICODÈME, Pierre-André DELPLA, Florent TRAPÉ, Hélène HANAIRE-BROUTIN, Sylvie CADROY, *« La relation médecin/malade »*, Item n°1, Dernière mise à jour : 25 juillet 2001, p. 11.

⁶⁷⁵ *Ibid.*, p. 11.

Avant de prendre un individu en charge, il faut rechercher trois éléments attachés aux troubles de la personnalité à caractère psychotique qui peuvent se reconnaître par des délires chroniques et/ou schizophréniques. Il y a par exemple les personnalités qui présentent des troubles paranoïaques avec des interprétations persistantes qui considèrent les gestes d'autrui comme volontairement nuisibles. Il y a celles qui ont une froideur émotionnelle considérable et qui relâchent ou abandonnent la relation sociale ou encore celles qui ont des difficultés de communication, avec un système de pensée bizarre et très flou.

Il y a aussi des personnalités très actives et impulsives. Ces individus ont des « *Personnalités marquées par un contrôle émotionnel et pulsionnel insuffisant, s'exprimant par des conduites souvent « bruyantes » et spectaculaires :*

- *les personnalités dyssociales (synonyme d'antisociales, sociopathiques, ou encore psychopathiques) marquées par l'impulsivité et l'agressivité, le mépris des règles, l'instabilité dans tous les domaines, et l'intolérance à la frustration ;*

- *les personnalités histrioniques : dramatisation et théâtralisation des émotions, recherche constante d'attention de la part d'autrui, attitudes souvent érotisées et inauthentiques, et tendance durable à l'insatisfaction affective ;*

- *les personnalités limites : (synonyme d'états limites, ou de personnalités émotionnellement labiles), marquées par de grandes fluctuations de l'humeur et de l'angoisse, des relations affectives excessives dans l'attachement comme dans le rejet, et des passages à l'acte souvent autoagressifs favorisés par l'impulsivité et une forte sensibilité aux ruptures (TS, toxiques). »⁶⁷⁶*

Il y a d'autres patients qui souffrent d'un trouble d'anxiété qui nécessite une grande attention et une assistance très développée. « *Elles sont caractérisées par un "fonctionnement" anxieux permanent, s'exprimant sous différentes formes :*

- *les personnalités évitantes : comportements phobiques et inhibition sociale durables, forte sensibilité au rejet, tendance au repli sur soi par crainte des autres ;*

- *les personnalités dépendantes : besoin de soutien et de réassurance permanent, et soumission aux autres par peur d'être abandonné (on parle parfois de personnalités abandonniques) ;*

- *les personnalités obsessives-compulsives (synonyme d'anankastique), marquées par une tendance exagérée au perfectionnisme, un besoin permanent de planifier, de vérifier les choses dans le détail, et de préserver l'avenir, notamment en économisant argent ou autres biens (collectionnisme). »⁶⁷⁷*

Les pathologies liées aux troubles de la personnalité sont multiples, mais il y en a quelques-unes qui sont un peu éloignées du repérage. Comme les personnalités sensibles qui sont très méfiantes ou les narcissiques qui ont des surévaluations de soi, beaucoup de confiance en soi ou qui recherchent l'admiration de l'autre. Toutefois, il y a une personnalité très différente de celle qui est citée précédemment. C'est une personnalité appelée psychasthénique, c'est-à-dire qu'elle est atteinte de la pathologie d'une névrose qui se manifeste par un manque de volonté, beaucoup de doute et d'hésitation.

Ce même article envisage un diagnostic et une implication clinique pour mieux cerner les troubles de la personnalité : « *Parvenir à un diagnostic précis de troubles de la*

⁶⁷⁶ Ibid.

⁶⁷⁷ Ibid., pp. 11-12.

*personnalité est souvent une tâche difficile et longue, pouvant nécessiter plusieurs consultations ou l'utilisation de questionnaires spécialisés. Il faut en effet explorer différents traits de tempérament, estimer leur caractère éventuellement excessif et gênant, s'assurer de leur stabilité dans le temps et dans différents domaines, et déterminer si leur combinaison correspond à l'un ou à plusieurs des troubles de la personnalité selon les descriptions évoquées ci-dessus. »*⁶⁷⁸

Avant d'engager les mesures de prise en charge, il faut peser ou calculer le niveau de rigidité de l'individu en question pour comprendre sa fragilité, ses émotions et sa capacité d'intervention ou autres. Enfin, il faut aussi mesurer les effets des médicaments administrés qu'ils soient positifs ou négatifs, c'est-à-dire chercher à savoir si le traitement médicamenteux a pu apporter un changement. Il faut donc étudier de près l'efficacité du traitement tant partielle que ses traits comportementaux comme par exemple : le côté impulsif lié à sa personnalité, son côté agressif, son côté émotionnel et son tempérament. « *La prise en compte des profils de personnalité permet en fait surtout d'éviter la prescription de médicaments "à risque" comme les benzodiazépines chez des sujets présentant des personnalités impulsives, dépendantes ou limites, dont on sait qu'ils sont plus exposés aux effets paradoxaux (désinhibition) et aux risques d'abus, de dépendance et de passages à l'acte auto ou hétéroagressifs (syndrome amnésie-automatisme).* »⁶⁷⁹

La prise en charge artistique ou théâtrale renforce les moyens de soins directs et indirects ainsi que la prévention tels que accompagner et développer les modes de surveillances des acteurs de terrain, la famille et l'entourage du sujet. Cette prise en charge est une suite logique du traitement médicamenteux même si la plupart des pays, en Afrique et en Asie notamment, sont dans une situation très compliquée puisque leurs établissements de santé sont frappés par une pénurie en personnels soignants. Pour combler ce vide, les artistes assurent la campagne d'information et l'accompagnement de la population dans la lutte contre les maladies infectieuses. Ils démontrent comment exploiter les eaux, l'environnement, l'alimentation et comment échapper aux insectes vecteurs des virus, comme l'utilisation des moustiquaires contre le paludisme. Les ateliers de partage renforcent en quelque sorte la recherche médicale par les témoignages des patients.

Dans cette partie, la prise en charge médicamenteuse ne sera pas exploitée. Le développement des antimicrobiens ou des médicaments issus des biotechnologies, recommandé par le projet européen appelé Vizier (Viral Enzymes Involved in Replication) qui a comme origine le sixième Programme-Cadre de Recherche et Développement Technologique (PCRDT) ou les remèdes traditionnels sont certainement importants, mais la partie de la prise en charge artistique intéresse beaucoup plus cette recherche.

Par exemple, le Centre hospitalier du Mans qui prend en charge ses patients dans une démarche d'art dramatique. Il met deux processus en route conjointement dans un atelier de théâtre d'art-thérapie. Dans le premier, les artistes envisagent ou mettent en avant la créativité et la transformation. Ici, ils prévoient que l'action théâtrale va transformer positivement le patient. Dans le deuxième, l'art est un moyen thérapeutique intimement lié à l'idée que la thérapie de l'art est un projet de transformation du malade. Ils définissent le cadre d'intervention avant la prise en charge : le lieu, la fréquence de l'atelier, le temps ou le

⁶⁷⁸ *Ibid.*

⁶⁷⁹ *Ibid.*, p. 13.

moment et toutes les initiatives de créations possibles. L'artiste accompagne le patient sans imposer ni chercher à commenter ce que le malade crée. Laisser ou donner une marge libre d'expressions renforce le développement et l'épanouissement de l'individu. Il valorise le malade et empêche de voir les choses en noir ou en retrait. C'est redonner une bonne image de soi-même surtout à toute personne souffrant de psychotronic. Le Docteur Joël Canet, chef d'un service psychiatrique, approuve l'idée que le théâtre permet ou est un outil d'accompagnement aux/des patients qui présentent un symptôme de désorganisation, qu'il soit psychique ou comportemental, et qui vont se canaliser peu à peu, autour du texte, dans le jeu de rôle ou dans le jeu théâtral. À un certain moment, ils utilisent des textes qui parlent des sujets sensibles dans le but de les faire sortir de leurs retraits.

Un autre exemple peut être cité. Celui de l'Hôpital Maison-Blanche à Neuilly-sur-Marne qui utilise la peinture ou d'autres arts pour prendre en charge ses participants aux ateliers et la population de proximité. Christian Sebas, infirmier psychothérapeute responsable des ateliers de peintures intitulés « *Non-Faire* », précisait que les gens qui fréquentaient ses ateliers étaient des patients de l'hôpital et petit à petit, l'établissement se vidait légèrement et cet artiste témoignait qu'en juillet 2014, il n'y avait quasiment plus personne. Il faisait usage de la pratique de la peinture. Il donnait aux participants un pinceau et des boîtes des peintures et il observait. Il affirmait qu'il avait à peu près deux mille personnes en 1981 et à ce jour il n'y a quasiment personne. L'atelier compte aujourd'hui des centaines des tableaux d'arts.

PARAGRAPHE 2 - LA MÉDECINE DANS UNE ANALYSE CRITIQUE DU THÉÂTRE : *LE MALADE IMAGINAIRE, LE MÉDECIN MALGRÉ LUI ET KNOCK OU TRIOMPHE DE LA MÉDECINE*

Si le corps humain ou la profession médicale s'introduisent dans l'espace scénique ou si ses actes sont privilégiés par le répertoire de l'art dramatique et contemporain, c'est tout simplement parce que l'univers théâtral reste une référence indispensable de l'environnement médical. Cette amitié n'est pas créée par le hasard, le théâtre est présent depuis l'intervention des agents de secours, aux urgences, dans les couloirs, dans les lieux où se chuchote le secret médical, dans la transmission du service, jusque dans la théâtralité de la profession, dans les répliques de la rumeur des proches et enfin dans la mise en scène du dialogue entre le malade et son soignant. La pratique médicale n'a en aucun cas échappé à l'aspect théâtral. Chaque intervention médicale est une représentation théâtrale orchestrée par le médecin-chef. Chaque consultation est un sketch ou une répétition. C'est ainsi que les intervenants de l'art dramatique comme l'acteur-comédien, le dramaturge, le metteur en scène et autres s'approprient des analyses et des discours du médecin, les expérimentent et exploitent les pathologies ainsi que les symptômes du patient pour assurer la continuité du spectacle vivant. C'est à partir de la peur, de l'angoisse et du drame de la médecine que le théâtre alimente le regard du voyeur et c'est à partir de l'information véhiculée, de la communication entre comédien et patient et de l'éducation sanitaire mise en scène par l'équipe dramatique, que se manifestent la catharsis, la délivrance et la confiance du malade en face de son thérapeute, mais aussi libère un engagement aux soins.

Prenons comme référence *Le malade imaginaire*⁶⁸⁰, comédie-ballet en trois actes de Molière représentée au Théâtre du Palais-Royal le 10 février 1673. C'est l'histoire d'Argan, un bourgeois, qui se croit tout le temps malade. La recherche théâtrale se concentre dans la thématique de la santé surtout dans la relation médecin-patient. Argan ressort toujours en colère de chaque consultation médicale lorsque le diagnostic du médecin conclut qu'il se porte bien. Toutefois, il envisage toujours de revoir le médecin et à chaque fin du mois, il fait le compte de tous les médicaments qui lui ont été prescrits. Dans l'acte premier, scène première : « ARGAN, seul dans sa chambre assis, une table devant lui, compte des parties d'apothicaire avec des jetons ; il fait parlant à lui-même les dialogues suivants :

*Trois et deux font cinq, et cinq font dix, et dix font vingt. Trois et deux font cinq. Plus, du vingt-quatrième, un petit clystère insinuatif, préparatif, et rémollient, pour amollir, humecter, et rafraîchir les entrailles de Monsieur. »*⁶⁸¹

Dans cette histoire tarabiscotée, Argan est entre deux médecins qui n'ont pas le même système de traitement. D'une part, il y a *Monsieur Diafoirus* qui aime soigner au mieux ses patients par des médicaments. Il suit les règles de l'art sans se soucier des conséquences possibles. Il propose par exemple de mettre dans un œuf des grains de sel par nombre pair et par nombre impair dans les médicaments. D'autre part, Monsieur Purgon dit à Argan qu'il ne doit pas passer trois jours sans revenir en consultation, sinon il mourra. Argan perd son sang-froid, se met en colère et le menace de toutes sortes de maladies.

Molière met son champ critique au-delà de la médecine en parlant aussi des normes de loi pour donner des leçons ou de l'information à son spectateur. Il fait du droit comparé entre les pays qui utilisent le droit coutumier et ceux qui utilisent le droit écrit. Prenons l'exemple du personnage d'Argan et du Notaire dans l'acte I, scène 7 :

« ARGAN :

Approchez, Monsieur de Bonnefoy, approchez. Prenez un siège, s'il vous plaît. Ma femme m'a dit, Monsieur, que vous étiez fort honnête homme, et tout à fait de ses amis ; et je l'ai chargée de vous parler, pour un testament que je veux faire.

BÉLINE :

Hélas ! Je ne suis point capable de parler de ces choses-là.

LE NOTAIRE :

Elle m'a, Monsieur, expliqué vos intentions, et le dessein où vous êtes pour elle ; et j'ai à vous dire là-dessus que vous ne sauriez rien donner à votre femme par votre testament.

ARGAN :

Mais pourquoi ?

LE NOTAIRE :

*La coutume y résiste. Si vous étiez en pays de droit écrit, cela se pourrait faire ; mais à Paris, et dans les pays coutumiers, au moins dans la plupart, c'est ce qui ne se peut, et la disposition serait nulle. Tout l'avantage qu'homme et femme conjoints par mariage se peuvent faire l'un à l'autre, c'est un don mutuel entre vifs ; encore faut-il qu'il n'y ait pas d'enfants, soit des deux conjoints, ou de l'un d'eux, lors du décès du premier mourant. »*⁶⁸²

⁶⁸⁰ MOLIÈRE, « *Le malade imaginaire* », op. cit.

⁶⁸¹ *Ibid.*, p. 51.

⁶⁸² *Ibid.*, p. 79 et s.

Cette étude examine la relation de la catalepsie, c'est-à-dire une perte momentanée d'une action motrice avec différentes conversations accompagnées par différentes attitudes, et de la répugnance mêlée à l'idée d'imaginer le médical comme un sujet spectaculaire et de penser en retour que le discours du médecin est un élément qui alimente le côté ludique du théâtre.

À partir du spectacle vivant, l'art dramatique tente d'analyser les méthodes et les discours de la médecine au profit du spectateur-voyeur. Par un regard d'analyse sur la majorité des répertoires du théâtre contemporain, la médecine et les professionnels médicaux ont gardé en eux une image spectaculaire des spécialistes de l'art théâtral et des grands scénographes. La médecine se développe à travers le corps humain par des pratiques spectaculaires parce qu'elle considère que son espace est davantage fréquenté par le grand public et elle reste l'endroit idéal où se manifestent les symptômes de la maladie, mais aussi elle ouvre la voie vers l'exacerbation de la maladie et de ses conséquences. Il serait absurde d'oublier que d'autres professionnels envisagent le théâtre comme un moyen thérapeutique. Il est donc temps que le juriste se pose la question de chercher le lien qui existe entre le théâtre et le discours médical, que ce soit dans les milieux hospitaliers ou en dehors de ces établissements de soins.

La loi peut-elle se mettre en retrait pour mieux comprendre ce que l'artiste ou le comédien apporte comme valeur ajoutée dans la médecine pour mieux établir des normes d'accompagnement à cette ouverture ? Toutefois, la médecine ne considère-t-elle pas la scène comme le seul moyen de pouvoir expérimenter ces pratiques dont les médecins ont toujours rêvé ? N'est-elle pas un lieu de création ludique qui met en scène une maladie imaginaire, et la soigne en face de son public ?

AJ LES CRITIQUES DRAMATIQUES FACE AU PROFESSIONNEL MÉDICAL

Comment est-il possible de critiquer, de ne pas avoir confiance ou de se moquer du travail d'un professionnel assermenté pour répondre aux obligations sanitaires publiques ? Ne mérite-t-il pas une reconnaissance salutare ?

Il ne faut pas oublier que ces grands hommes exercent une fonction très difficile et avant d'entrer en fonction, ils sont obligés de prêter serment. Le *Serment d'Hippocrate* oblige le médecin à respecter la déclaration suivante : « *En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. – Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ; Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !* »⁶⁸³

⁶⁸³ BELIN-MANDAR, « *Dictionnaire de la conversation et de la lecture : Semaines - Stettin, Volume 49* », éd. libraire, Paris, 1^{er} janvier 1838, original provenant de la Bibliothèque nationale d'Autriche, numérisé : 16 juillet 2015, p. 105.

Toutefois, la vision ou l'œil du dramaturge exerçant ses recherches dans les différentes thématiques de santé voient au-delà de ce que l'utilisateur de l'hôpital voit, car il modifie le rôle de chacun pour obtenir ce qui est au fond du corps du malade et mettre en lumière ce qui est dans l'obscurité du spectateur-voyeur. Lors d'une représentation de théâtre, le dramaturge envisage un changement de rôles et de faces des personnages des professionnels médicaux afin d'orienter l'information visée. La plus grande partie des recherches qui sont déjà menées dans le rôle qu'exerce le professionnel médical dans les actions du « *Programme Culture à l'Hôpital* »⁶⁸⁴, sont généralement concentrées sur la question du statut de spectateur et celui de la personne en charge des actions culturelles à l'hôpital. La culture est jusqu'à présent considérée comme un service à valeur ajoutée dans la lourde profession qui est la médecine. Le théâtre intervient donc dans ce domaine séparé par plusieurs branches pour les rassembler dans une seule démarche artistique. Ce rassemblement a pour objectif d'étudier le changement des comportements des patients et de leurs problèmes d'hygiène. Par l'investissement des événements théâtraux dans les établissements de santé, il n'y a plus de patient comme malade ou de soignant qui soigne, ils sont tous réunis dans une seule approche dramatique et culturelle conditionnée par des règles et des conduites bien appropriées pour un but final, la réinsertion du sujet dans la société. Le théâtre facilite ou aide à l'insertion de la personne examinée. Toutefois, dans les textes conventionnels, la notion de soignant qui soigne et du patient comme le malade sujet de l'étude est toujours mentionnée noir sur blanc pour faciliter la question de la prise en charge. Cela se justifie par le rôle qu'exerce le professionnel médical dans cette démarche tant dans le personnage d'acteur soignant que celui du patient soigné ou de spectateur. Il n'y a plus de rôle fixe et figé, tout se change pendant l'exercice : le jeu de rôle.

Certes, le soignant participe dans l'atelier, mais il a un rôle caché dont il ne doit pas sortir. Il reste tout de même un encadrant. Il doit assurer la conformité de l'exercice envisagé par le comédien dramaturge. Il est là en cas de débordement de l'atelier comme la nécessité d'une intervention médicale. Il assure donc le bon fonctionnement de l'atelier et si le malade sollicite un accompagnement particulier, il est déjà disponible dans l'événement. Il peut aussi intervenir pour dynamiser le groupe de travail. C'est une façon de contrebalancer le retrait de certains patients timides ou qui ont peur de participer.

Il n'y a pas que cela dans son rôle puisqu'il est aussi un déclencheur de motivation aux malades démotivés.

Une fois que le relais est lancé par le soignant sans empiéter sur l'espace du malade, ce dernier prend en main la manœuvre d'intervention avec aisance.

Il est quelquefois donné au patient de se vêtir comme le soignant en blouse blanche pour soigner le malade qui est le personnel médical ou l'artiste par exemple. D'autres peuvent participer avec leur tenue civile comme spectateur. Le personnel médical essaie de mettre de côté son statut de soignant pour observer ou jouer comme les autres. Il a une expression libre, il motive ses émotions comme tout le monde.

Comment le personnel médical peut-il avoir un regard éloigné de son propre statut alors qu'il s'est bien investi dans la démarche ?

⁶⁸⁴ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

1) Une étude critique de la relation médecin-patient

Tout d'abord, cette relation est tenue de rester obligatoirement dans les normes de l'empathie. Elle est une relation unique, le professionnel médical doit avoir la capacité de mettre en pratique une relation de soutien, d'écoute et de compassion à l'égard de son patient sans dépasser cette relation vers une autre relation pour des fins interhumaines habituelles. Il doit être capable de comprendre le vécu et l'expérience du malade et communiquer sa compassion pour favoriser ses agissements. Cette notion peut seulement faire l'objet de recherche et nécessite un développement très considérable dans la pratique médicale.

Il y a aussi la notion du respect et de l'égalité du traitement des malades sans discrimination. Tous les êtres humains ont les mêmes droits et le même respect au principe du droit et à l'égalité d'accès aux soins hospitaliers.

Autrement, il y a un point important à soulever qui montre la présence du non-respect de la relation médecin-patient ou du respect des droits de l'Homme dans certains pays qui pratiquaient ou qui pratiquent jusqu'aujourd'hui l'esclavage comme dans les colonies, que ce soit en Europe ou aux États-Unis. Ces pratiques sont censées être éradiquées sur la planète depuis le 19^e siècle, mais elles existent encore dans les pays africains comme l'Afrique du Sud et la Libye en 2017. C'est une forme de discrimination de la population non blanche exercée dans le monde entier ou celle qui s'exerce en fonction de l'âge, des orientations sexuelles ou de l'incapacité de la personne. C'est pour cela que les 58 pays membres des Nations Unies ont adopté le 10 décembre 1948 la Déclaration universelle de droits de l'homme à Paris dans l'enceinte du Palais de Chaillot, précisant, en son article premier que : « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.* »⁶⁸⁵ Il y a d'autres normes qui évoquent un public ciblé comme les droits de la femme, les droits de l'enfant, les droits des personnes handicapées et les droits du patient et/ou autres.

La relation médecin-patient et celle de l'acteur thérapeute-patient ont comme lien matériel principal de leurs activités : le corps. Le médecin exploite le corps tout comme le dramaturge. Ce dernier met en scène des symptômes, des maux et des douleurs et des émotions, et le médecin cherche à étudier, à comprendre et à donner une solution à ces problèmes. Le lien de cette relation est donc le corps du sujet. « *La médecine a trait à la corporalité donc, et à l'organicité qu'elle tente de comprendre, disséquer, manipuler, transformer, soulager ou guérir, comme le metteur en scène voudrait diriger l'acteur et soumettre son corps aux images qui le traversent. Pourtant, ce n'est pas tant le traitement des maux et des symptômes qui intéresse d'abord le dramaturge dans sa fascination pour le milieu médical. Il semble que ce soit le thérapeute, en tant que personnage à part entière, qui intrigue l'homme de théâtre. Si le personnage du médecin hante l'imaginaire théâtral classique, comme en témoigne la contribution de Patrick Dandrey consacrée au répertoire moliéresque, l'étude de Pierre Baron sur les théâtres de foire montre que les médecins ont su également s'emparer des pouvoirs du théâtre pour exercer leur emprise sur les patients. Au-delà des reprises du répertoire de Molière et de l'engouement continu du public pour ses*

⁶⁸⁵ Nations Unies, article premier du « Déclaration universelle de droits de l'homme », adoptée à Paris, le 10 décembre 1948, à Palais de Chaillot.

pièces à médecin, Patrick Berthier montre que la figure du médecin hante le théâtre du XIX^e siècle, et apparaît dans les genres théâtraux les plus variés, allant du drame au vaudeville. Les personnages de médecins fleurissent également dans le répertoire de l'Opéra-comique, ainsi que dans le ballet, dont le genre ne semble pourtant pas se prêter, au premier abord, à l'exhibition des pratiques médicales. »⁶⁸⁶

Est-il possible de dire que sur les planches du théâtre, le malade sujet de l'étude et le professionnel de santé responsable de la recherche forment ensemble deux emplois dramatiques ? Cela est évident, mais il y a aussi un autre personnage que le public ne voit pas dans les représentations. Il s'agit d'un personnage ludique qui ne manque pas dans chaque scène, la maladie mais sa forme représentative est très imaginaire, mais le dramaturge ne l'oublie pas, soit pour inquiéter et terrifier son public, soit pour étonner et inciter très vite une solution auprès de la médecine. Julie de Faramond⁶⁸⁷ et Florence Filippi⁶⁸⁸ ont repris une étude de Susan Sonntag pour démontrer comment la maladie a été interprétée dans l'époque romantique. Selon leur analyse : *« Outre la fascination exercée par le médecin et les secrets de son art, le théâtre s'est emparé aussi des pouvoirs poétiques de la maladie et des souffrances qu'elle entraîne. Dans La Maladie comme métaphore, Susan Sonntag évoque la façon dont l'époque romantique a pu interpréter la maladie, et en particulier la phtisie, comme révélatrice du tempérament artistique. Le corps malade est présenté dans l'espace fictionnel comme une prédisposition nécessaire à la pratique théâtrale. L'étude de Susan Sonntag débusque les mythologies associées à la maladie, et décrypte les métaphores médicales qui tendent à transformer les maux du corps en expression poétique, et en signe d'élévation de l'esprit, délaissant son enveloppe corporelle.*

Beaucoup des attitudes littéraires et érotiques regroupées sous une même rubrique, "les souffrances romantiques", découlent directement de la tuberculose et de ses métamorphoses au gré des images. La description stylisée des premiers symptômes du mal rendit romantique l'angoisse qu'il éveillait ; quant à l'agonie proprement dite, elle fut tout bonnement supprimée. (...) Peu à peu, la ligne poitrinaire, symbole d'une fragilité pleine de séduction et d'une sensibilité supérieure, devint l'idéal auquel aspiraient les femmes – tandis que les grands hommes du milieu et de la fin du XIX^e siècle engraisaient, fondaient des empires industriels, écrivaient des romans par centaines, faisaient la guerre et pillaient des continents.

La maladie devient un ressort dramaturgique à part entière dans le répertoire romantique tardif : la phtisie sauve la courtisane du vice, permettant à Marguerite Gautier d'accéder à la rédemption. Sous la plume des naturalistes, la maladie devient le fil conducteur d'une hérédité à laquelle le personnage ne peut échapper, et la vérole qui ronge le visage de Nana dans la dernière scène du roman éponyme de Zola semble faire jaillir au visage de la belle son caractère profondément vicié. »⁶⁸⁹

⁶⁸⁶ Études : Julie de FARAMOND (Université Paris Ouest Nanterre), Florence FILIPPI (Université de Rouen), « *Théâtre et médecine, de l'exhibition spectaculaire de la médecine à l'analyse clinique du théâtre* », Colloque organisé les 27 et 28 mai 2010 à l'Université Paris Descartes sous la direction de Florence Filippi (Université de Rouen), p. 10.

⁶⁸⁷ Julie de Faramond est docteur en Arts du spectacle de l'Université de Paris X. Écrivain de nombreux articles traitant des arts de la scène, entre esthétique et politique, aux XIX^e et XX^e siècles.

⁶⁸⁸ Elle est membre permanent du Centre d'Études et de Recherche Éditer/Interpréter CÉRÉDI. Elle est Maître de conférences en Études théâtrales (XVIII^e-XIX^e siècles) à l'université de Rouen depuis 2015. Agrégée des Lettres modernes et Docteure de l'Université Paris Ouest Nanterre en Études théâtrales (2008)

⁶⁸⁹ Études : Julie de FARAMOND (Université Paris Ouest Nanterre), Florence FILIPPI (Université de Rouen), « *Théâtre et médecine, de l'exhibition spectaculaire de la médecine à l'analyse clinique du théâtre* », *op. cit.*, pp.10-11.

La maladie devient dans le théâtre contemporain un facteur récurrent de la catharsis, mais aussi pour mener à bien la politique éducative de santé. C'est pour cela que le théâtre développe par l'apport d'une philosophie positive et beaucoup plus matérialiste, une fascination pour l'interprétation des maladies, des pathologies et de la médecine. À la différence de l'étude de Susan Sonntag, celle du dramaturge norvégien Henrik Ibsen ne cherche pas à donner une vision médicale et informative sur ces symptômes, mais tente de toutes manières à donner un regard de dramaturge. « *Le théâtre d'Ibsen, notamment, est envahi par des corps souffrants, même si la maladie n'est qu'un prétexte dramaturgique, révélateur des maux du corps social. Ibsen ne cherche pas à interpréter, il met en scène les pathologies et leurs répercussions sur le cercle familial, sans chercher nécessairement à les disséquer ou à en comprendre l'origine. La maladie d'Oswald Alving dans les Revenants demeure indéterminée, jamais nommée, symptôme d'une hérédité douteuse. Ce non-dit n'est pas seulement lié au tabou qui entoure la maladie vénérienne, mais aussi au fait que ce mal, cette honte sourde et symbolique qui ronge la famille n'a pas de corps et ne peut être nommé ; ce mal intrinsèque n'a rien de véritablement clinique. Ibsen ne cherche pas à porter un regard de médecin sur ces symptômes, mais un regard de dramaturge, un regard proprement scénique. La maladie apparaît comme un principe tragique latent, présent en filigrane tout au long du drame, avant de jaillir plus explicitement à la fin de la pièce, dans les derniers mots du fils, qui témoignent de sa folie et de la progression du mal. Le corps peut parler à la place du patient, et le symptôme devenir mot, car la maladie ouvre l'espace d'un dialogue. Ce que le personnage ne dit pas est dit par son symptôme, qui parle et révèle tout ce que la famille Alving tente de dissimuler, depuis les "vices" cachés du père jusqu'aux amours incestueuses de ses deux enfants.* »⁶⁹⁰

En restant toujours dans la pièce *Le malade imaginaire*, un exemple de la relation médecin-patient peut aussi tirer l'attention du public voyeur puisque l'empathie se sentait dans plusieurs parties de cette pièce comme celle de Thomas Diafoirus, Toinette, Argan, et Angélique par exemple :

« THOMAS DIAFOIRUS :

Monsieur, je viens saluer, reconnaître, chérir, et révéler en vous un second père ; mais un second père, auquel j'ose dire que je me trouve plus redevable qu'au premier. Le premier m'a engendré ; mais vous m'avez choisi. Il m'a reçu par nécessité ; mais vous m'avez accepté par grâce. Ce que je tiens de lui est un ouvrage de son corps ; mais ce que je tiens de vous est un ouvrage de votre volonté ; et d'autant plus que les facultés spirituelles sont au-dessus des corporelles, d'autant plus je vous dois, et d'autant plus je tiens précieuse cette future filiation, dont je viens aujourd'hui vous rendre par avance les très humbles, et très respectueux hommages.

TOINETTE :

Vive les collègues, d'où l'on sort si habile homme.

THOMAS DIAFOIRUS :

Cela a-t-il bien été, mon père ?

MONSIEUR DIAFOIRUS :

Optime.

⁶⁹⁰ *Ibid.*, p. 11.

ARGAN, à Angélique :

*Allons, saluez Monsieur. »*⁶⁹¹

a) L'étude de l'état de santé d'Argan

Molière mettait en scène une pièce théâtrale qui parle de la santé d'Argan qui ne se sentait pas du tout bien alors il n'était pas malade. Toutefois, la médecine soumettait son corps à des nombreux examens médicaux, des traitements et des régimes débilissants. Il était durant toute la pièce un cas clinique représentant des effets mélancoliques. Il était pris en otage par son illusion, d'où le malade imaginaire. Son état était dépressif et soucieux, d'un côté, il craignait la mort qui empoisonnait sa vie, de l'autre, il mettait le doute dans sa famille et chez ses proches. Le dramaturge lui a donné un personnage qui sacrifie le bonheur de son entourage au profit de son obsession qui est livrée à l'individualisme. Molière voulait, dans ce personnage aidé par un jeu anagrammatique, définir le malade comme un cas clinique, mais aussi comme un facteur d'évolution de la médecine, même si cela n'a pas été le cas dans une situation considérée comme fictive.

Le patient a subi un double cursus de consultation médicale avec des diagnostics et des solutions proposées par deux médecins qui n'ont servi à rien parce qu'il s'agissait d'un faux malade. Il est toutefois remarquable que Molière portait dans ses scènes des attaques très agressives à l'égard de la médecine de son époque et d'une manière très cachée ou équivoque demandait à son public de condamner la science d'une manière générale tant par son côté superfétatoire que son côté néfaste. La raison est simple : par cette étude, le dramaturge dévoilait l'incapacité de la médecine et de ses professionnels qui n'arrivaient pas à trouver une solution définitive ni à faire la différence entre la maladie dont souffre le patient et le bien-être qui peut être déterminé par sa bonne santé. En revanche, par l'introduction d'un personnage d'un faux malade, le sujet en étude était tout à fait convaincu par la présence d'une maladie qui gênait sa santé, d'où se joue la naïveté d'une personne qui ne maîtrise ni son corps ni sa santé. C'est donc une maladie obsessionnelle. Un autre élément à étudier dans la philosophie du dramaturge, c'est le jeu ou le système de renversement des facteurs de la maladie imaginaire ainsi que les conséquences visibles produites par les différentes méthodes thérapeutiques envisagées qui sont mêlées au contexte conflictuel familial dont il centre son intrigue de la comédie.

L'état de santé d'Argan produit des effets non négligeables dans la médecine puisque le fait d'avoir deux médecins et deux diagnostics argumentés par des visions médicales divergentes et administrant des traitements différents, ouvre dans le domaine hospitalier un débat clinique dialectique rempli de mots scientifiques.

Est-il possible de dire que Molière reliait le problème de l'état de santé d'Argan à une situation de troubles psychologiques dus au refus de sa fille, Angélique, d'épouser Thomas Diafoirus ? Est-ce que cela n'était pas un détour déjouant les raisonnements scientifiques avancés sur l'état de santé d'Argan ?

Il peut y avoir mille raisons à cela. Prenons par exemple la définition de la santé donnée par l'OMS précisant que la santé ne se résume pas seulement en l'absence de maladie

⁶⁹¹ MOLIÈRE, « *Le malade imaginaire* », *op. cit.* p. 110 et s.

ou d'une infirmité, mais englobe un tout de bien-être tant du côté physique, mental et social. Le problème d'Argan est donc mental d'une part, et, beaucoup plus social d'autre part. Cette partie justifie pleinement cette angoisse dont souffre ce personnage :

« ARGAN :

Allons, ma fille, touchez dans la main de Monsieur, et lui donnez votre foi, comme à votre mari.

ANGÉLIQUE :

Mon père.

ARGAN :

Hé bien, "Mon père" ? Qu'est-ce que cela veut dire ?

ANGÉLIQUE :

De grâce, ne précipitez pas les choses. Donnez-nous au moins le temps de nous connaître, et de voir naître en nous l'un pour l'autre, cette inclination si nécessaire à composer une union parfaite.

THOMAS DIAFOIRUS :

Quant à moi, Mademoiselle, elle est déjà toute née en moi, et je n'ai pas besoin d'attendre davantage.

ANGÉLIQUE :

Si vous êtes si prompt, Monsieur, il n'en est pas de même de moi, et je vous avoue que votre mérite n'a pas encore fait assez d'impression dans mon âme.

ARGAN :

Ho bien, bien, cela aura tout le loisir de se faire, quand vous serez mariés ensemble.

ANGÉLIQUE :

Eh mon père, donnez-moi du temps, je vous prie. Le mariage est une chaîne, où l'on ne doit jamais soumettre un cœur par force ; et si Monsieur est honnête homme, il ne doit point vouloir accepter une personne, qui serait à lui par contrainte.

THOMAS DIAFOIRUS :

Nego consequentiam, Mademoiselle; et je puis être honnête homme, et vouloir bien vous accepter des mains de Monsieur votre père.

ANGÉLIQUE :

C'est un méchant moyen de se faire aimer de quelqu'un, que de lui faire violence.

THOMAS DIAFOIRUS :

Nous lisons, des anciens, Mademoiselle, que leur coutume était d'enlever par force de la maison des pères les filles qu'on menait marier, afin qu'il ne semblât pas que ce fût de leur consentement, qu'elles convolaient dans les bras d'un homme.

ANGÉLIQUE :

Les anciens, Monsieur, sont les anciens, et nous sommes les gens de maintenant. Les grimaces ne sont point nécessaires dans notre siècle, et quand un mariage nous plaît, nous savons fort bien y aller, sans qu'on nous y traîne. Donnez-vous patience ; si vous m'aimez, Monsieur, vous devez vouloir tout ce que je veux.

THOMAS DIAFOIRUS :

Oui, Mademoiselle, jusqu'aux intérêts de mon amour exclusivement. »⁶⁹²

⁶⁹² MOLIÈRE, « *Le malade imaginaire* », op. cit., pp. 123, s.

Dans cette même partie ressort une autre philosophie juridique liée aux principes du consentement au mariage, un problème tant juridique que social auquel la loi impose avant de contracter mariage. L'article 146 du Code civil dispose que : « *Il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a point de consentement.* »⁶⁹³ Le dramaturge développait dans son théâtre des troubles qui ont un lien de causalité direct de la maladie dont souffre Argan.

« THOMAS DIAFOIRUS :

Distinguo, Mademoiselle ; dans ce qui ne regarde point sa possession, concedo ; mais dans ce qui la regarde, nego.

TOINETTE :

Vous avez beau raisonner. Monsieur est frais émoulu du collège, et il vous donnera toujours votre reste. Pourquoi tant résister, et refuser la gloire d'être attachée au corps de la faculté ?

BÉLINE :

Elle a peut-être quelque inclination en tête.

ANGÉLIQUE :

Si j'en avais, Madame, elle serait telle que la raison, et l'honnêteté pourraient me la permettre.

ARGAN :

Ouais ! Je joue ici un plaisant personnage.

BÉLINE :

Si j'étais que de vous, mon fils, je ne la forcerais point à se marier, et je sais bien ce que je ferais.

ANGÉLIQUE :

Je sais, Madame, ce que vous voulez dire, et les bontés que vous avez pour moi ; mais peut-être que vos conseils ne seront pas assez heureux pour être exécutés.

BÉLINE :

C'est que les filles bien sages, et bien honnêtes comme vous, se moquent d'être obéissantes, et soumises aux volontés de leurs pères. Cela était bon autrefois.

ANGÉLIQUE :

Le devoir d'une fille a des bornes, Madame, et la raison et les lois ne l'étendent point à toutes sortes de choses.

BÉLINE :

C'est-à-dire que vos pensées ne sont que pour le mariage ; mais vous voulez choisir un époux à votre fantaisie.

ANGÉLIQUE :

Si mon père ne veut pas me donner un mari qui me plaise, je lui conjurerai, au moins, de ne me point forcer à en épouser un que je ne puisse pas aimer.

ARGAN :

Messieurs, je vous demande pardon de tout ceci.

ANGÉLIQUE :

Chacun a son but en se mariant. Pour moi, qui ne veux un mari que pour l'aimer véritablement, et qui prétends en faire tout l'attachement de ma vie, je vous avoue que j'y

⁶⁹³ Code civil français, *op. cit*

cherche quelque précaution. Il y en a d'aucunes qui prennent des maris seulement pour se tirer de la contrainte de leurs parents, et se mettre en état de faire tout ce qu'elles voudront. Il y en a d'autres, Madame, qui font du mariage un commerce de pur intérêt ; qui ne se marient que pour gagner des douaires ; que pour s'enrichir par la mort de ceux qu'elles épousent, et courent sans scrupule de mari en mari, pour s'approprier leurs dépouilles. Ces personnes-là à la vérité n'y cherchent pas tant de façons, et regardent peu la personne.

BÉLINE :

Je vous trouve aujourd'hui bien raisonnable, et je voudrais bien savoir ce que vous voulez dire par là. »⁶⁹⁴

Ce même problème juridique lié au consentement au mariage est largement développé dans l'ouvrage *Conflit entre générations*⁶⁹⁵ qui parle d'un jeune homme, Ahyouhm qui étudiait à l'Occident et qui a fait connaissance avec une jeune fille de son âge, Asma. Ils étaient dans la même faculté et se sont promis de se marier. En retournant dans leur pays natal, ils ont eu la grande surprise de découvrir qu'un choix a été déjà fait à sa place par les parents d'Ahyouhm. Le choc n'était pas si anodin dans les deux clans. Le consentement au mariage est un phénomène générationnel. Le dramaturge met l'accent sur la différence qui divise les deux générations en disant en quelques mots que trop de tradition tue la tradition, car elle freine l'évolution et trop de modernité tue la modernité, car elle déprave les jeunes.

« **AHYOUMH :**

Stoppe, maman !

Ne m'en parle plus et jamais de cette union. Cette fille n'attire pas du tout mon attention, elle ne me donne pas d'affection et non plus d'amour. Je ne vois pas la raison de ce choix. À quoi bon rester avec une telle fille, maman ? À chaque fois la tradition, la tradition mais jusqu'où la tradition ? Toutefois, il existe d'autres mots que la tradition. Il y a la modernité et la civilisation, il y a la mondialisation et le développement et enfin on peut parler de la renaissance sociale. Quand est-ce que ces mots-là auront des sens dans la vie disputienne ? Certes, la tradition doit avoir sa place mais il y a époque et époque maman enfin. J'étouffe avec la tradition !

YOUSOUF :

Écoute, Ahyouhm. La tradition m'a apporté beaucoup de bonheur dans mon couple à la différence de ceux qui s'épousent à la modernité. J'aurais bien aimé te laisser faire ton choix, même si je suis toujours gardien ou conservateur de la tradition, mais elle est très onéreuse pour nous. En plus, on devrait la transmettre de père en fils éternellement. Que la modernité soit maudite par les châtements de Dieu pour qu'on reste en paix un certain temps ou éternellement pourquoi pas ? Qu'est-ce que tu crois ? (en lui poussant la tête) »⁶⁹⁶

b) Apprendre à écouter son patient

La base de l'étude théâtrale dans les établissements de santé est d'installer en constance une phase d'écoute à son patient. Quelles sont les compétences nécessaires que l'artiste thérapeute conseille aux soignants et aux médecins en général dans la démarche

⁶⁹⁴ MOLIÈRE, « *Le malade imaginaire* », op. cit., p.125, s.

⁶⁹⁵ Hassani Mzé Hamadi AHAMED YOUSOUF, « *Conflit entre générations* », éd., Édilivre, octobre 2014, pp. 22-23.

⁶⁹⁶ *Ibid.*

d'éducation thérapeutique du malade ? Tout d'abord, l'éducation sanitaire modifie largement la relation entre soignant et soigné dans le cadre de soins puisque la personne faisant objet de soins peut participer à l'évolution de ses soins. L'équipe médicale ou le médecin traitant peuvent avoir une connaissance limitée dans les problèmes de santé dont souffre le patient comme il a été prouvé dans la plupart des pièces théâtrales de Molière. Ils ont parfois ou souvent besoin de l'aide du patient lui-même. Éduquer le malade n'est pas une chose aisée, cela demande une connaissance bien approfondie actualisée selon l'évolution de la maladie. Lorsque le malade souffre d'une maladie chronique, cela demande un accompagnement de longue durée dont trois éléments seront indispensables : traitement, soutien et éducation.

Comment écouter son patient ? En entendant de près avec ses deux oreilles sans laisser ou ignorer un mot sortant du discours du patient, c'est-à-dire apprendre à écouter ses phrases, cerner le sens du mot, chercher le contexte de la phrase et surtout calculer le niveau de l'intonation et le rythme de son souffle, éviter au maximum d'interpréter ses motions par rapport à autres. Dans le travail d'écoute, il y a quelques bases qui retracent la piste comme la compréhension du problème, le degré de sa sensibilité, le plan de l'aide psychologique, le schéma de la réinsertion sociale et enfin, la mise en place de l'organisation de soins.

Dans l'exercice théâtral par exemple, il faut évaluer deux cas : la recherche des comportements liés directement à la maladie et ceux qui sont attachés à la santé. C'est donc mettre en étude les données que le patient a fournies lors de son entretien informatif. La question est de savoir quels sont les éléments à prendre en compte pour le malade ? Pour ne pas manquer une information, il n'y a pas de limites de considérations dans l'ensemble des facteurs de souffrances pour mieux appréhender ses maux.

Dans la phase d'écoute, rien n'est aussi important et très moral que le temps accordé au patient dans la procédure d'échange d'informations. Il n'y a pas un cas semblable à l'autre, chacun son problème et sa manière de le transmettre.

Pourquoi écouter son patient ? Que ce soit pour un malade ou non, rien n'est plus sensible que d'être écouté. Cela prolonge la durée de vie psychologique d'une personne ou d'un malade et ouvre une voie vers l'affection, l'émotion et développe un cadre ou un climat d'attente dont les conséquences ne sont pas codifiées.

Il y a dans cette même démarche un axe de tournure de l'exercice qui implique une méthode pour chercher à savoir ce que le patient comprend lorsque le praticien lui parle de santé. Il est important de comprendre ce que le patient retient dans son état de vulnérabilité pour savoir s'il croit à la possibilité de changements éventuels que la médecine peut lui apporter. Il faut que le praticien cherche au plus profond à savoir si le sujet est déjà prêt à engager la prescription. Centrer l'observation médicale et artistique sur l'idée que le patient a de sa maladie et étudier s'il est possible de le guérir. Écouter ce qu'il donne comme conséquences familiales et professionnelles issues de son état de santé pour mieux centrer son exercice artistique de la réinsertion.

Écouter le malade est la première activité à mettre en place lors d'une politique de prévention et de communication comme le font les médecins généralistes en grande partie durant leur temps de consultations. Ils donnent des mesures et des conseils de bon sens et ils en contrôlent l'application.

Après l'observation générale de son état de santé par la voie d'écoute et de partage, le théâtre thérapeutique propose de mettre le patient dans un espace lui permettant de vivre, sans

bien sûr trop de mal, avec ses pathologies conjointement avec ses traitements. Peut-être au fur et à mesure, l'iatrogène artistique peut gagner du terrain ; à défaut le malade lui-même doit fournir sans arrêts des efforts dans la marche. Sous la surveillance médicale et artistique, son implication joue un rôle prépondérant puisqu'il est meilleur que son équipe soignante. Plus le praticien a bien écouté, plus le malade comprendra s'il est bien nécessaire ou utile de mettre son entourage, sa famille dans le processus de soins de leur proche et même les amis si cela est possible tout en gardant le secret médical et avec l'accord de l'intéressé.

2) L'apparence du médecin

Pourquoi la notion de l'apparence apparaît dans cette étude ? Quelle valeur représente-t-elle chez le patient ? Joue-t-elle un rôle indispensable dans l'activité médicale ?

Les artistes parlent de l'apparence parce que, dans chaque rencontre, elle constitue la première source d'information que chacun retient de la personne surtout lorsqu'ils ne se connaissent pas. En général, les gens jugent l'apparence physique parce qu'ils cherchent à cerner la personne à partir de certaines références ou indices liés à la personnalité en question. Lorsque la personne est déjà connue, la question de l'apparence physique n'a plus de sens et elle disparaît. Il se peut aussi que parfois l'impression que donnait la personne aux premiers instants ne soit plus. Par exemple la personne présente une attitude snob (vaniteuse) qu'elle ne montrait auparavant dans son comportement.

Il y a dans cette observation un ensemble d'opinions dans l'idée de ne pas être jugé par l'autre ou par le regard du public. Il est important de savoir que personne n'est maître de l'observation de l'autre, il faut donc garder dans l'esprit que rien ne peut contrôler ce qui est de l'extérieur du regard. C'est très désagréable d'être jugé, mais la vie en société ne peut en aucun cas échapper à cela. Cette logique se caractérise par soit la beauté, le physique et le mode d'habillement ou d'autres. C'est justement dans l'apparence que le patient accepte et noue une relation entre lui et son médecin.

Molière n'a pas manqué de nous donner un exemple fidèle aux comportements ou aux modes d'habillement des médecins. Mettons en étude la notion d'apparence dans *Le Médecin malgré lui* qui est une comédie repartie en trois actes mise en scène pour la première fois à Paris sur les scènes du Théâtre du Palais Royal, le 6 août 1666 par sa troupe. Cette pièce, tout d'abord, ne répondait pas à une exigence royale, une des exceptions de son métier depuis qu'il est au service du roi.

Le Médecin malgré lui porte une lumière remplie de moqueries contre les médecins et la pièce a fait un écho plus émouvant à *L'Amour médecin* et/ou *Malade imaginaire*, sans être aussi méchant. Sganarelle, mari de Martine, dans un habit de praticien, va, au cours d'un exercice médical, en rajouter en direction du cynisme, du charlatanisme et surtout de la vénalité. Ces passages de l'ouvrage *Le Médecin malgré lui* montrent vraiment la force de tout changer ou de tout corrompre par l'apparence :

« LÉANDRE :

Il me semble que je ne suis pas mal ainsi pour un apothicaire ; et comme le père ne m'a guère vu, ce changement d'habit et de perruque est assez capable, je crois, de me déguiser à ses yeux.

SGANARELLE :

Sans doute.

LÉANDRE :

Tout ce que je souhaiterais serait de savoir cinq ou six grands mots de médecine, pour parer mon discours et me donner l'air d'habile homme.

SGANARELLE :

Allez, allez, tout cela n'est pas nécessaire : il suffit de l'habit, et je n'en sais pas plus que vous. »⁶⁹⁷

Dans cette même pièce, Sganarelle affirme son apparence de faux médecin en assurant que c'est le métier où la faute est toujours de l'autre côté, de celui qui meurt et surtout que le médecin qui l'a tué ne se plaint jamais. Il n'a donc pas peur d'être un médecin et de prévoir des fausses interventions aux patients. Peu importe la qualité du travail, le médecin est payé à la fin du service « SGANARELLE :

Non, vous dis-je : ils m'ont fait médecin malgré mes dents. Je ne m'étais jamais mêlé d'être si savant que cela ; et toutes mes études n'ont été que jusqu'en sixième. Je ne sais point sur quoi cette imagination leur est venue ; mais quand j'ai vu qu'à toute force ils voulaient que je fusse médecin, je me suis résolu de l'être, aux dépens de qui il appartiendra. Cependant, vous ne sauriez croire comment l'erreur s'est répandue, et de quelle façon, chacun est endiablé à me croire habile homme. On me vient chercher de tous côtés ; et si les choses vont toujours de même, je suis d'avis de m'en tenir, toute ma vie, à la médecine. Je trouve que c'est le métier le meilleur de tous ; car, soit qu'on fasse bien ou soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de même sorte : la méchante besogne ne retombe jamais sur notre dos ; et nous taillons, comme il nous plaît, sur l'étoffe où nous travaillons. Un cordonnier, en faisant des souliers, ne saurait gâter un morceau de cuir qu'il n'en paye les pots cassés ; mais ici l'on peut gâter un homme sans qu'il n'en coûte rien. Les bévues ne sont point pour nous ; et c'est toujours la faute de celui qui meurt. Enfin le bon de cette profession est qu'il y a parmi les morts une honnêteté, une discrétion la plus grande du monde ; et jamais on n'en voit se plaindre du médecin qui l'a tué. »⁶⁹⁸

L'acteur ou le faux médecin avouait lui-même dans son rôle qu'il n'est pas médecin, mais la naïveté des patients prenait en otage leurs consciences et ils ne voyaient qu'un professionnel qui maîtrise bien son travail.

« SGANARELLE :

Messieurs, en un mot autant qu'en deux mille, je vous dis que je ne suis point médecin.

VALÈRE :

Vous n'êtes point médecin ?

SGANARELLE :

Non.

LUCAS :

V' n'êtes pas médecin ?

SGANARELLE :

Non, vous dis-je.

⁶⁹⁷ MOLIÈRE, « *Le Médecin malgré lui* », acte III, scène V., édition de Georges Couton, Coll., folio classique, éd., Gallimard, 1971 et 1978 ; 1999 et 2013, p. 96, s.

⁶⁹⁸ *Ibid.*, acte III, scène I, p. 97, s.

VALERE :

*Puisque vous le voulez, il faut s'y résoudre.
(Ils prennent un bâton et le frappent)*

SGANARELLE :

Ah ! Ah ! Ah ! Monsieur, je suis tout ce qu'il vous plaira.

[...]

SGANARELLE :

Non, la peste m'étouffe ! (Là ils recommencent de le battre.) Ah ! Ah ! Eh bien, Messieurs, oui, puisque vous le voulez, je suis médecin, je suis médecin, apothicaire encore, si vous le trouvez bon. J'aime mieux consentir à tout, que de me faire assommer. »⁶⁹⁹

Sur cette question, le législateur a donné son point de regard en réprimant celle ou celui qui met en œuvre un ou des actes qui constituent un faux et usage de faux de nature à causer un préjudice quel que soit le degré. L'article 441-1 du Code pénal modifié par l'ordonnance du 19 septembre 2000 portant adaptation de la valeur en euros de certains montants exprimés en francs dans les textes législatifs⁷⁰⁰, dispose que : « *Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.*

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »⁷⁰¹

Par contre, deux axes sont essentiels à souligner sur ce point. Le premier est pour le théâtre, les professionnels considèrent que la médecine est l'art de bien tuer et de gagner de l'argent à la fin de l'intervention. Le deuxième est pour celle ou celui qui engagera des actions de corruption pour obtenir une autorité ou un emploi et/ou autres en sachant pertinemment qu'il ne le mérite pas. L'article 433-2 du même Code informe que : « *Est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende le fait, par quiconque, de solliciter ou d'agréer, à tout moment, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents ou des avantages quelconques, pour lui-même ou pour autrui, "pour abuser ou avoir abusé" de son influence réelle ou supposée en vue de faire obtenir d'une autorité ou d'une administration publique des distinctions, des emplois, des marchés ou toute autre décision favorable. »⁷⁰²*

a) La satire de la médecine : *Le Médecin malgré lui*

Dans cette pièce, Sganarelle est le personnage principal qui tourne en ridicule le médecin et sa profession. Elle représente donc la satire de la médecine par la force de ses moyens bizarres et farfelus qui font croire son savoir-faire médical. Il trompe ses patients en en faisant usage, par exemple dans l'acte premier scène 4 : Ici la satire de la médecine apparaît quand Martine, femme de Sganarelle, désire se venger en mettant en place un plan

⁶⁹⁹ *Ibid.*, acte I, scène V, p. 51, s

⁷⁰⁰ Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 portant adaptation de la valeur en euros de certains montants exprimés en francs dans les textes législatifs - Article 3.

⁷⁰¹ Code pénal, 110^e édition, éd., Dalloz, 2013.

⁷⁰² *Ibid.*

contre son mari. Elle sollicite le concours de Valère et Lucas lorsqu'ils sont à la recherche d'un médecin pour soigner la fille de leur maître, de faire passer son mari comme un médecin qui résout tout et qu'il est un médecin réputé de bonne qualité. Quant au deuxième acte, scène 2, Sganarelle a une position tellement contradictoire à la logique de la pratique médicale. Il bat Géronte lorsque ce dernier lui affirme qu'il n'est pas médecin et à la fin Sganarelle lui affirme qu'il est médecin :

« SGANARELLE :

Monsieur le médecin, ayant appris les merveilleuses choses...

GÉRONTE :

À qui parlez-vous, de grâce ?

SGANARELLE :

À vous.

GÉRONTE :

Je ne suis pas médecin.

SGANARELLE :

Vous n'êtes pas médecin ?

GÉRONTE :

Non, vraiment.

SGANARELLE :

Il prend ici un bâton, et le bat comme on l'a battu.

Tout de bon ?

GÉRONTE :

Tout de bon. Ah ! Ah ! Ah !

SGANARELLE :

Vous êtes médecin maintenant : je n'ai jamais eu d'autres licences.

GÉRONTE :

Quel diable d'homme m'avez-vous là amené ?

VALÈRE :

Je vous ai bien dit que c'était un médecin goguenard.

GÉRONTE :

Oui ; mais je l'envoierais promener avec ses goguenarderies.

LUCAS :

Ne prenez pas garde à ça, Monsieur : ce n'est que pour rire.

GÉRONTE :

Cette raillerie ne me plaît pas.

SGANARELLE :

Monsieur, je vous demande pardon de la liberté que j'ai prise. »⁷⁰³

Le dramaturge se moque ou critique la méthode que la médecine de son époque utilisait pour demander avec des coups de bâtons à tout le monde de devenir médecin. Il serait absurde d'oublier le passage purement satirique de Sganarelle qui disait : « *Qu'elle s'en garde bien ! Il ne faut pas qu'elle meure sans l'ordonnance du médecin. »⁷⁰⁴* Dans ce passage, il est clair que le personnage principal oublie ou ignore le rôle médical d'une ordonnance au sein de

⁷⁰³ MOLIÈRE, « *Le Médecin malgré lui* », acte II, scène II, *op. cit.*, p. 67.

⁷⁰⁴ *Ibid.*, acte II, scène IV, p. 75.

l'hôpital. Les éléments satiriques dans l'ensemble des théâtres médicaux de Molière peuvent se représenter de plusieurs manières.

Du son côté, *Le malade imaginaire* représente beaucoup de repères satiriques qui mettent mal à l'aise le corps médical. Le praticien médical moliéresque est vêtu de vanité, de morgue et de pédantisme dans certains cas et dans d'autres, il est habité de sottise, d'autosatisfaction et d'une grande ignorance. Il est quelquefois fou furieux lorsque ses compétences sont mises en causes. Dans *Le malade imaginaire*, les deux médecins, Diafoirus et Purgon, s'opposent sur certains diagnostics. Il est encore remarquable lors de la mise en cause de la rate en premier puis du foie en deuxième, Toinette à son tour accuse le poumon et prescrit un régime tout à fait contraire à celui qui a été prescrit auparavant. Quand Purgon est désapprouvé, il commence à jeter sur Argan d'atroces anathèmes de tout genre. Le fait de mettre en scène un personnage souffrant d'une maladie inexistante et qu'il est entretenu par deux médecins et diagnostiqué plusieurs fois, ceux-ci suffiront à justifier l'incompétence des médecins moliéresques ou l'acharnement de l'auteur envers le corps médical en général. La satire élevée dans ses pièces est dans la réplique de la fin du spectacle souhaitant aux nouveaux docteurs de persister ou continuer pendant très longtemps (« mille ans ») à « Manger et boire, saigner et tuer. »⁷⁰⁵

b) Qui est responsable, du médecin ou du patient, quand celui-ci refuse un soin médical ?

En partant de la législation actuelle, la responsabilité du patient refusant un soin est partiellement retenue. L'article L.1111-4 dispose que : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.*

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical.

L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L.1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. [...] »⁷⁰⁶

Le patient est libre et il est de son droit de faire un choix du médecin : le contraire n'est pas légal. Le patient a un droit de discrimination positive de par la loi lui donnant un droit de préférence d'un médecin sur un autre. C'est donc l'apparence, la recommandation ou la connaissance directe qui guide le choix du malade. Ce dernier a, dans certains cas, à juger la compétence du praticien médical tout en sachant que lui-même n'en est pas un.

Est-il possible d'envisager un programme thérapeutique où les comportements du patient seraient codifiés avec ce qui peut être exigé de lui ? Pourquoi le professionnel médical

⁷⁰⁵ MOLIÈRE, « *Le malade imaginaire* », *op. cit.*, p.193, s

⁷⁰⁶ Code de la santé publique, 30^e édition, *éd.*, Dalloz, 2016.

est-il soumis à des attitudes médicalement correctes alors que le malade n'en a aucune ? Est-il possible de placer des mesures de sanctions à l'égard du patient refusant toute sorte de prise en charge d'art-thérapie par les associations de proximités et/ou sa commune ? Jusqu'alors, le patient demande toujours d'être traité et soigné en temps et en heure et souhaite guérir dans un bref délai en ayant eu un diagnostic bien précis.

La peur des médecins est que la loi accorde un droit très élargi au malade à leur détriment. En effet, la tendance consumériste actuelle est que, le patient payant le service souhaité, le système de santé doit impérativement s'adapter à ses exigences.

Dans ce contexte, il serait judicieux de rééquilibrer les droits respectifs des malades et des médecins en proposant de mieux cadrer les droits et les devoirs du côté des malades.

Les associations de malades pourraient par exemple exiger des attitudes à respecter par le malade lorsqu'elles envisagent de le prendre en charge, au-delà du forfait participatif aux soins personnalisés. Elles pourraient aussi demander de légiférer sur un texte leur donnant un droit de décision sur l'acceptation ou non d'un nouveau membre en raison de son état de santé.

Plus la loi cherchera à établir la responsabilité, plus les acteurs de soin (le personnel soignant, le malade, les associations partenaires, les établissements de soins, etc.) chercheront à tirer l'avantage dans leur camp. La politique générale de la santé doit chercher à concilier très rapidement les consommateurs de soins et les professionnels de santé. L'acte médical n'a pas de préférence pour l'une des parties, le service est un tout projetant la démarche éducative vers le malade et n'envisage pas une séparation entre les acteurs directs et indirects. Certes, il n'y a pas de séparation, mais chacun joue son rôle que ce soit de façon pratique ou de façon pédagogique.

Pour éviter qu'il ait un refus de soins, il faut que chaque patient contribue avec son savoir-faire et le partage avec l'ensemble de l'équipe soignante avec des actions homogènes et très efficaces. Les médecins ne doivent pas garder l'exclusivité des théories de soins, ils doivent les présenter, les « *faire savoir* », aux personnels : infirmiers, paramédicaux et médico-sociaux et art-thérapeutes qui mettent en application les résultats définitives du médecin.

BJ LA NAÏVETÉ DU PATIENT DEVANT SON MÉDECIN

Comment le patient peut-il être naïf devant son médecin ? La réponse n'est pas si loin. Molière a effectivement développé la réponse à cette question dans le personnage de Sganarelle dans *Le Médecin malgré lui* qui, par son habillement, son discours et l'usage des méthodes des médecins, peut faire illusion et ses patients le croient. Il s'adapte à son nouveau métier et joue un rôle qui n'est pas le sien. C'est à travers le geste, la parole et son éloquence qu'il ensorcelle ses consultants : les patients moliéresques ne comprennent pas que c'est un jeu et sont embarqués dans les histoires des vrais praticiens. Cette pièce est pleine de vie, ce qui gêne les théoriciens et praticiens médicaux puisque le personnage principal met leur prestation en question et dévoile la défaillance de leur profession. *Le Médecin malgré lui* est aussi la pièce par excellence qui prouve la naïveté du patient devant son médecin.

1) La foi du patient envers son médecin

Il est normal que les patients soient persuadés de la présence d'un vrai médecin. L'individu ou la personne malade n'est pas habilité à chercher l'authenticité du médecin et lorsqu'il est malade, sa priorité est de chercher le meilleur pour engager un processus de soins le concernant. S'il trouve une personne dans un espace dédié aux soins, habillée d'une blouse blanche avec un jargon médical, il se dit directement qu'il s'agit d'un médecin. C'est à l'autorité publique qu'il incombe de garantir l'authenticité du médecin.

Sganarelle, après avoir revêtu la tenue de médecin s'est rapidement présenté devant Géronte, le père de la jeune fille muette, qui a par la suite cru à son talent, séduit par son savoir-faire. Tout de suite après, Sganarelle rencontre sa patiente en face de son père et il parle en termes savants décrivant sa maladie, enfin il lui prescrit un traitement à base de pain et de vin.

La même situation se retrouvait dans les interventions des charlatans lorsqu'ils intervenaient dans les églises, les léproseries ou les maisons des dieux pour ouvrir les corps des malades et pour chercher un moyen de les soigner et les guérir. Les malades offraient leurs corps sans se poser la question de savoir s'il s'agissait de vrais médecins ou non. Ces hommes se présentaient dans les lieux de soins avec des outils semblables à ceux des médecins pour secourir les malades. Ces personnes pratiquaient l'imposture ou un autre système appelé le jeu de dupe auprès d'autrui en faisant des manœuvres de trucages pour déformer la réalité. Ils falsifiaient l'authenticité pour gagner la confiance de leurs patients.

Dans la pratique artistique actuelle dans les établissements de soins, nombreux sont ceux qui exercent des fonctions culturelles à but de soins sans qu'ils aient de notion ou de formation d'art-thérapeute. Ces soi-disant professionnels art-thérapeutes envahissent les établissements de soins d'une part, et, d'autre part, font de la publicité pour gagner beaucoup des patients. Ils font des annonces et des propositions de séances gratuites. Ils proposent des offres de soin par internet et surtout ils présentent certaines maladies chroniques pourtant très graves comme des pathologies mineures. Parfois, ils promettent aux patients un changement miraculeux avec des effets très positifs après quelque exercices artistiques.

Comment la politique médicale et la santé générale se préparent-elles pour lutter contre cette usurpation de fonction ?

a) Knock, la Dame en noir et la Dame en violet

Après les pièces écrites par Molière, Louis Henri Jean Farigoule, connu sous le nom de Jules Romains, n'a pas manqué à travers sa plume de parler de la médecine dans son œuvre intitulée *Knock ou le triomphe de la médecine*⁷⁰⁷, une comédie en trois actes représentée pour la première fois dans l'enceinte de la Comédie des Champs-Élysées avec une mise en scène de Louis Jouvet le 15 décembre 1923. Il proposait une satire des médecins et s'inscrit dans une tradition littéraire qui est déjà exploitée et vulgarisée par Molière.

Au cœur de la philosophie de *Knock ou le triomphe de la médecine* ressortent deux univers qui intéressent cette recherche : la partie de la comédie qui est développée par la

⁷⁰⁷ Jules ROMAINS, « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », écrite en 1923, Édition Gallimard, 1924

tradition théâtrale contemporaine et la partie du cynisme évoquant une société à l'image d'un canton ou commune en faisant référence à la vie au début du 20^e siècle. L'histoire se déroule dans une voiture ou autour d'une automobile d'une carrosserie très ancienne de type 1900-1902.

Dans l'acte premier, le *Docteur Parpalaid* met son cabinet médical de Saint-Maurice en vente et son confrère le *Docteur Knock* se présente en qualité d'acheteur idéal. Avant de lui vendre le cabinet, il lui explique un peu la situation générale de ses patients. Il lui fait un schéma en lui expliquant que ses patients ne viennent en consultation que s'il y a une épidémie et en plus qu'ils ne paient qu'une seule fois par an. Toutefois, le *Docteur Knock* se vante d'être capable de rehausser le chiffre d'affaires du cabinet grâce à sa nouvelle méthode applicable dans le système de soins. Il se voit bien dans ce métier et bien gagner sa vie. Son prédécesseur se demande de quelles méthodes il parle. En arrivant dans l'acte II, le nouveau parton du cabinet, le *Docteur Knock* s'installe et commence par donner des consultations gratuites, une stratégie de marketing qui attire beaucoup de monde. La file d'attente est immense sous forme d'une collection d'images ou de personnages caricaturaux. Il commence par convaincre ses patients qu'ils sont malades et qu'ils devraient engager un processus de soins très long et très coûteux s'ils veulent échapper vraiment à la mort. Quelques mois après, dans l'acte III, le *Docteur Parpalaid* retourne dans les parages et, à sa grande surprise, découvre que la commune a changé, elle s'est transformée en un grand espace de soins (un hôpital). C'est là qu'il commence à douter et à se méfier du *Docteur Knock*. Il l'accuse de charlatanisme, mais *Knock* se défend à la fin en lui faisant croire qu'il est aussi malade et *Knock* sort victorieux : le triomphe de *Knock*.

Cependant, dans la scène IV, acte II, la *Dame en noir*, qui a été la première patiente du *Docteur Knock* à bénéficier une consultation gratuite, ne souffrait que d'une grosse fatigue. Mais il lui a prescrit quand même une ordonnance très coûteuse.

C'est encore une fois la question de l'apparence qui revient dans cette étude. La population de proximité n'arrive pas à cerner le vrai visage du *Docteur Knock* : un arnaqueur, un charlatan, un faussaire et un escroc qui manipule la population ou ses patients pour leur soutirer de l'argent. Il est encore indispensable de parler de l'aspect représentatif de la naïveté des patients qui ne sont toujours pas capables de comprendre qu'il s'agit d'un escroc ou qu'ils ont affaire à un beau parleur. Ils sont naïfs et crédules. Très gravement, ils se font arnaquer et abuser par le soi-disant docteur sans s'en apercevoir. Son éloquence brûle à petit feu l'argent de ses patients. Le dramaturge essaie de dévoiler ou de démontrer le danger que représentent les arnaqueurs, les escrocs et les beaux parleurs qui, par leurs actes, sont prêts à piller la richesse de leurs malades.

La loi ou le droit des patients peuvent-ils accepter ou valider la victoire du *Docteur Knock* ? Le triomphe évoqué par le titre de cet ouvrage ou de cette pièce peut-il avoir une place considérable dans le regard des hommes du droit ? La médecine d'aujourd'hui peut-elle valider une telle victoire ?

Knock ou le triomphe de la médecine ne peut en aucun cas avoir une valeur médicale ou juridique puisque c'est un succès qui est fondé sur des mensonges et des escroqueries. Il ne peut être qu'un titre provocateur. Le corps médical peut aussi dire qu'il s'agit d'une réussite du charlatanisme et non de la médecine.

Dans une étude littéraire, cela ne peut être qu'une métaphore, une apologie ou une antiphrase. Il voulait dire le contraire sans l'évoquer lui-même.

La *Dame en noir*, première cliente du *Docteur Knock*, est âgée de quarante-cinq ans et a une attitude de orgueil paysanne. Le *Docteur Knock* lors de la consultation cherche tout d'abord à situer son patient dans sa situation financière, de s'assurer de son revenu avant de chercher la maladie dont souffre son patient. Il décide par la suite de lui dire sa maladie, il s'agit d'une chute très ancienne. Elle est tombée d'une grande échelle. La *Dame en noir* est stupéfiée dans ses pensées par le coût élevé des soins que le *Docteur Knock* pense lui prescrire après le résultat de la première séance, par le vocabulaire médical utilisé et enfin par le schéma explicatif qu'il lui met en place. Il oblige la dame à rentrer en voiture et à se mettre directement au lit et lui prescrit de manger légèrement pendant quelques jours. Le *Docteur Knock* a transformé une vie quotidienne bien portante en une vie de malade, qui nécessite une prise en charge ou des soins pour éviter la mort.

« *KNOCK* :

Ah ! Voici les consultants. (À la cantonade.) Une douzaine, déjà ? Prévenez les nouveaux arrivants qu'après onze heures et demie je ne puis plus recevoir personne, au moins en consultation gratuite. C'est vous qui êtes la première madame ? (Il fait entrer la dame en noir et referme la porte.) Vous êtes bien du canton ?

LA DAME EN NOIR :

Je suis de la commune.

KNOCK :

De Saint-Maurice même ?

LA DAME :

J'habite la grande ferme qui est sur la route de Luchère.

KNOCK :

Elle vous appartient ?

LA DAME :

Oui, à mon mari et à moi.

KNOCK :

Si vous l'exploitez vous-même, vous devez avoir beaucoup de travail ?

LA DAME :

Pensez, monsieur ! Dix-huit vaches, deux bœufs, deux taureaux, la jument et le poulain, six chèvres, une bonne douzaine de cochons, sans compter la basse-cour.

KNOCK :

Diable ! Vous n'avez pas de domestiques ?

LA DAME :

Dame si. Trois valets, une servante, et les journaliers dans la belle saison.

KNOCK :

Je vous plains. Il ne doit guère vous rester de temps pour vous soigner ?

LA DAME :

Oh ! Non.

KNOCK :

Et pourtant vous souffrez.

LA DAME :

Ce n'est pas le mot. J'ai plutôt de la fatigue.

KNOCK :

Oui, vous appelez ça de la fatigue. (Il s'approche d'elle.) Tirez la langue. Vous ne devez pas avoir beaucoup d'appétit.

LA DAME :

Non.

KNOCK :

Vous êtes constipée.

LA DAME :

Oui, assez.

KNOCK :

(Il l'ausculte).

Baissez la tête. Respirez. Toussez. Vous n'êtes jamais tombée d'une échelle, étant petite ?

LA DAME :

Je ne me souviens pas.

KNOCK :

(Il lui palpe et lui percute le dos, lui presse brusquement les reins).

Vous n'avez jamais mal ici le soir en vous couchant ? Une espèce de courbature ?

LA DAME :

Oui, des fois.

KNOCK :

(Il continue de l'ausculter).

Essayez de vous rappeler. Ça devait être une grande échelle.

LA DAME :

Ça se peut bien.

KNOCK :

(Très affirmatif).

C'était une échelle d'environ trois mètres cinquante, posée contre un mur. Vous êtes tombée à la renverse. C'est la fesse gauche, heureusement, qui a porté.

LA DAME :

Ah oui !

KNOCK :

Vous aviez déjà consulté le docteur Parpalaid ?

LA DAME :

Non, jamais.

KNOCK :

Pourquoi ?

LA DAME :

Il ne donnait pas de consultations gratuites. (Un silence).

KNOCK :

(La fait asseoir).

Vous vous rendez compte de votre état ?

LA DAME :

Non.

KNOCK :

(Il s'assied en face d'elle).

Tant mieux. Vous avez envie de guérir, ou vous n'avez pas envie ?

LA DAME :

J'ai envie.

KNOCK :

J'aime mieux vous prévenir tout de suite que ce sera très long et très coûteux.

LA DAME :

Ah ! Mon Dieu ! Et pourquoi ça ?

KNOCK :

Parce qu'on ne guérit pas en cinq minutes un mal qu'on traîne depuis quarante ans.

LA DAME :

Depuis quarante ans ?

KNOCK :

Oui, depuis que vous êtes tombée de votre échelle.

LA DAME :

Et combien que ça me coûterait ?

KNOCK :

Qu'est-ce que valent les veaux, actuellement ?

LA DAME :

Ça dépend des marchés et de la grosseur. Mais on ne peut guère en avoir de propres à moins de quatre ou cinq cents francs.

KNOCK :

Et les cochons gras ?

LA DAME :

Il y en a qui font plus de mille.

KNOCK :

Et bien ! Ça vous coûtera à peu près deux cochons et deux veaux.

LA DAME :

Ah ! là ! là ! Près de trois mille francs ? C'est une désolation, Jésus Marie !

KNOCK :

Si vous aimez mieux faire un pèlerinage, je ne vous en empêche pas.

LA DAME :

Oh ! Un pèlerinage, ça revient cher aussi et ça ne réussit pas souvent. (Un silence.) Mais qu'est-ce que je peux donc avoir de si terrible que ça ?

KNOCK : *(Avec une grande courtoisie).*

Je vais vous expliquer en une minute au tableau noir. (Il va au tableau et commence un croquis.) Voici votre moelle épinière, en coupe, très schématiquement, n'est-ce pas ? Vous reconnaissez ici votre faisceau de Türck et ici votre colonne de Clarke. Vous me suivez ? Et bien ! Quand vous êtes tombée de l'échelle, votre Türck et votre Clarke ont glissé en sens inverse (il trace des flèches de direction) des quelques dixièmes de millimètre. Vous me direz

que c'est très peu. Évidemment. Mais c'est très mal placé. Et puis vous avez ici un tiraillement continu qui s'exerce sur les multipolaires. Il s'essuie les doigts.

LA DAME :

Mon Dieu ! Mon Dieu !

KNOCK :

Remarquez que vous ne mourrez pas du jour au lendemain. Vous pouvez attendre.

LA DAME :

Oh ! là ! là ! J'ai bien eu du malheur de tomber de cette échelle !

KNOCK :

Je me demande même s'il ne vaut pas mieux laisser les choses comme elles sont. L'argent est si dur à gagner. Tandis que les années de vieillesse, on en a toujours bien assez. Pour le plaisir qu'elles donnent !

LA DAME :

Et en faisant ça plus... grossièrement, vous ne pourriez pas me guérir à moins cher ?... À condition que ce soit bien fait tout de même.

KNOCK :

Ce que je puis vous proposer, c'est de vous mettre en observation. Ça ne vous coûtera presque rien. Au bout de quelques jours, vous vous rendrez compte par vous-même de la tournure que prendra le mal, et vous vous déciderez.

LA DAME :

Oui, c'est ça.

KNOCK :

Bien. Vous allez rentrer chez vous. Vous êtes venue en voiture ?

LA DAME :

Non, à pied.

KNOCK :

(Tandis qu'il rédige l'ordonnance, assis à table).

Il faudra tâcher de trouver une voiture. Vous vous coucherez en arrivant. Une chambre où vous serez seule, autant que possible. Faites fermer les volets et les rideaux pour que la lumière ne vous gêne pas. Défendez qu'on vous parle. Aucune alimentation solide pendant une semaine. Un verre d'eau de Vichy toutes les deux heures, et, à la rigueur, une moitié de biscuit, matin et soir, trempée dans un doigt de lait. Mais j'aimerais autant que vous vous passiez de biscuit. Vous ne direz pas que je vous ordonne des remèdes coûteux ! À la fin de la semaine, nous verrons comment vous vous sentez. Si vous êtes gaillarde, si vos forces et votre gaieté sont revenues, c'est que le mal est moins sérieux qu'on ne pouvait croire, et je serai le premier à vous rassurer. Si, au contraire, vous éprouvez une faiblesse générale, des lourdeurs de tête, et une certaine paresse à vous lever, l'hésitation ne sera plus permise, et nous commencerons le traitement. C'est convenu ?

LA DAME :

(Soupirant).

Comme vous voudrez.

KNOCK : *(Désignant l'ordonnance).*

Je rappelle mes prescriptions sur ce bout de papier. Et j'irai vous voir bientôt. Il lui remet l'ordonnance et la reconduit. (À la cantonade).

Mariette, aidez madame à descendre l'escalier et à trouver une voiture. On aperçoit quelques visages de consultants que la sortie de la dame en noir frappe de crainte et de respect »⁷⁰⁸.

Dans la scène V, acte II, la *Dame en violet* est âgée de soixante ans, habillée tout le temps en costume de teinte violette avec une élégance royale. Elle est à son tour arnaquée dans sa consultation par le *Docteur Knock* qu'il lui raconte une histoire de magie qui apeure sa patiente, l'histoire d'une grande araignée. Même si elle a beaucoup minimisé son revenu, le docteur n'a pas manqué de lui ôter une belle somme par le même procédé d'installation de la peur chez son patient.

« *LA DAME EN VIOLET* :

(Avec emphase).

Vous devez bien être étonné, docteur, de me voir ici.

KNOCK :

Un peu étonné, madame.

LA DAME :

Qu'une dame Pons, née demoiselle Lempoumas, vienne à une consultation gratuite, c'est en effet assez extraordinaire.

KNOCK :

C'est surtout flatteur pour moi.

LA DAME :

Vous vous dites peut-être que c'est là un des jolis résultats du gâchis actuel, et que, tandis qu'une quantité de malotrus et de marchands de cochons roulent carrosse et sablent le champagne avec des actrices, une demoiselle Lempoumas, dont la famille remonte sans interruption jusqu'au XIII^e siècle et a possédé jadis la moitié du pays, et qui a des alliances avec toute la noblesse et la haute bourgeoisie du département, en est réduite à faire la queue, avec les pauvres et pauvresses de Saint-Maurice ? Avouez, docteur, qu'on a vu mieux.

KNOCK : *(La fait asseoir).*

Hélas oui, madame.

LA DAME :

Je ne vous dirai pas que mes revenus soient restés ce qu'ils étaient autrefois, ni que j'aie conservé la maisonnée de six domestiques et l'écurie de quatre chevaux qui étaient de règle dans la famille jusqu'à la mort de mon oncle. J'ai même dû vendre, l'an dernier, un domaine de cent soixante hectares, la Michouille, qui me venait de ma grand-mère maternelle. Ce nom de la Michouille a des origines gréco-latines, à ce que prétend M. le curé. Il dériverait de mycodium et voudrait dire : haine du champignon, pour cette raison qu'on n'aurait jamais trouvé un seul champignon dans ce domaine, comme si le sol en avait horreur. Il est vrai qu'avec les impôts et les réparations, il ne me rapportait plus qu'une somme ridicule, d'autant que depuis la mort de mon mari, les fermiers abusaient volontiers de la situation et sollicitaient à tout bout de champ des réductions ou des délais. J'en avais assez, assez, assez ! Ne croyez-vous pas, docteur, que, tout compte fait, j'ai eu raison de me débarrasser de ce domaine ?

⁷⁰⁸ *Ibid.*, p.82, s

KNOCK :

(Qui n'a cessé d'être parfaitement attentif).

Je le crois, madame, surtout si vous aimez les champignons, et si, d'autre part, vous avez bien placé votre argent.

LA DAME :

Aie ! Vous avez touché le vif de la plaie ! Je me demande jour et nuit si je l'ai bien placé, et j'en doute, j'en doute terriblement. J'ai suivi les conseils de ce gros bêta de notaire, au demeurant le meilleur des hommes. Mais je le crois moins lucide que le guéridon de sa chère femme, qui, comme vous le savez, sert quelque temps de truchement aux esprits. En particulier, j'ai acheté un tas d'actions de charbonnages. Docteur, que pensez-vous des charbonnages ?

KNOCK :

Ce sont, en général, d'excellentes valeurs, un peu spéculatives peut-être, sujettes à des hausses inconsidérées suivies de baisses inexplicables.

LA DAME :

Ah ! mon Dieu ! Vous me donnez la chair de poule. J'ai l'impression de les avoir achetées en pleine hausse. Et j'en ai pour plus de cinquante mille francs. D'ailleurs, c'est une folie de mettre une somme pareille dans les charbonnages, quand on n'a pas une grosse fortune.

KNOCK :

Il me semble, en effet, qu'un tel placement ne devrait jamais représenter plus du dixième de l'avoir total.

LA DAME :

Ah ? Pas plus du dixième ? Mais s'il ne représente pas plus du dixième, ce n'est pas une folie proprement dite ?

KNOCK :

Nullement.

LA DAME :

Vous me rassurez, docteur. J'en avais besoin. Vous ne sauriez croire quels tourments me donne la gestion de mes quatre sous. Je me dis parfois qu'il me faudrait d'autres soucis pour chasser celui-là. Docteur, la nature humaine est une pauvre chose. Il est écrit que nous ne pouvons déloger un tourment qu'à condition d'en installer un autre à la place. Mais au moins trouve-t-on quelque répit à en changer. Je voudrais ne plus penser toute la journée à mes locataires, à mes fermiers et à mes titres. Je ne puis pourtant pas, à mon âge, courir les aventures amoureuses – ah ! ah ! ah ! – ni entreprendre un voyage autour du monde. Mais vous attendez, sans doute, que je vous explique pourquoi j'ai fait la queue à votre consultation gratuite ?

KNOCK :

Quelle que soit votre raison, madame, elle est certainement excellente.

LA DAME :

Voilà ! J'ai voulu donner l'exemple. Je trouve que vous avez eu là, docteur, une belle et noble inspiration. Mais, je connais mes gens. J'ai pensé : « Ils n'en ont pas l'habitude, ils n'iront pas. Et ce monsieur en sera pour sa générosité. » ! Et je me suis dit : « S'ils voient qu'une dame Pons, demoiselle Lempoumas, n'hésite pas à inaugurer les consultations

gratuites, ils n'auront plus honte de s'y montrer. » Car mes moindres gestes sont observés et commentés. C'est bien naturel.

KNOCK :

Votre démarche est très louable, madame. Je vous en remercie.

LA DAME : *(Se lève, faisant mine de se retirer).*

Je suis enchantée, docteur, d'avoir fait votre connaissance. Je reste chez moi tous les après-midi. Il vient quelques personnes. Nous faisons salon autour d'une vieille théière Louis XV que j'ai héritée de mon aïeule. Il y aura toujours une tasse de côté pour vous.

(Knock s'incline. Elle avance encore vers la porte.) Vous savez que je suis réellement très, très tourmentée avec mes locataires et mes titres. Je passe des nuits sans dormir. C'est horriblement fatigant. Vous ne connaissiez pas, docteur, un secret pour faire dormir ?

KNOCK :

Il y a longtemps que vous souffrez d'insomnie ?

LA DAME :

Très, très longtemps.

KNOCK :

Vous en aviez parlé au docteur Parpalaid ?

LA DAME :

Oui, plusieurs fois.

KNOCK :

Que vous a-t-il dit ?

LA DAME :

De lire chaque soir trois pages du Code civil. C'était une plaisanterie. Le docteur n'a jamais pris la chose au sérieux.

KNOCK :

Peut-être a-t-il eu tort. Car il y a des cas d'insomnie dont la signification est d'une exceptionnelle gravité.

LA DAME :

Vraiment ?

KNOCK :

L'insomnie peut être due à un trouble essentiel de la circulation intracérébrale, particulièrement à une altération des vaisseaux dite « en tuyau de pipe ». Vous avez peut-être, madame, les artères du cerveau en tuyau de pipe.

LA DAME :

Ciel ! En tuyau de pipe ! L'usage du tabac, docteur, y serait-il pour quelque chose ? Je prise un peu.

KNOCK :

C'est un point qu'il faudrait examiner. L'insomnie peut encore provenir d'une attaque profonde et continue de la substance grise par la névroglie.

LA DAME :

Ce doit être affreux. Expliquez-moi cela, docteur.

KNOCK :

(Très posément).

Représentez-vous un crabe, ou un poulpe, ou une gigantesque araignée en train de vous grignoter, de vous suçoter et de vous déchiqueter doucement la cervelle.

LA DAME :

Oh ! (Elle s'effondre dans un fauteuil.) Il y a de quoi s'évanouir d'horreur. Voilà certainement ce que je dois avoir. Je le sens bien. Je vous en prie, docteur, tuez-moi tout de suite. Une piqûre, une piqûre ! Ou plutôt ne m'abandonnez pas. Je me sens glisser au dernier degré de l'épouvante. (Un silence.) Ce doit être absolument incurable ? Et mortel ?

KNOCK :

Non.

LA DAME :

Il y a un espoir de guérison ?

KNOCK :

Oui, à la longue.

LA DAME :

Ne me trompez, docteur. Je veux savoir la vérité.

KNOCK :

Tout dépend de la régularité et de la durée du traitement.

LA DAME :

Mais de quoi peut-on guérir ? De la chose en tuyau de pipe, ou de l'araignée ? Car je sens bien que, dans mon cas, c'est plutôt l'araignée.

KNOCK :

On peut guérir de l'un et de l'autre. Je n'oserais peut-être pas donner cet espoir à un malade ordinaire, qui n'aurait ni le temps ni les moyens de se soigner, suivant les méthodes les plus modernes. Avec vous, c'est différent.

LA DAME :

(Se lève).

Oh ! Je serai une malade très docile, docteur, soumise comme un petit chien. Je passerai partout où il faudra, surtout si ce n'est pas trop douloureux.

KNOCK :

Aucunement douloureux, puisque c'est à la radioactivité que l'on fait appel. La seule difficulté, c'est d'avoir la patience de poursuivre bien sagement la cure pendant deux ou trois années, et aussi d'avoir sous la main un médecin qui s'astreigne à une surveillance incessante du processus de guérison, à un calcul minutieux des doses radioactives – et à des visites presque quotidiennes.

LA DAME :

Oh ! Moi, je ne manquerai pas de patience. Mais c'est vous, docteur, qui n'allez pas vouloir vous occuper de moi autant qu'il faudrait.

KNOCK :

Vouloir, vouloir ! Je ne demanderais pas mieux. Il s'agit de pouvoir. Vous demeurez loin ?

LA DAME :

Mais non, à deux pas. La maison qui est en face du poids public.

KNOCK :

J'essayerai de faire un bond tous les matins jusque chez vous. Sauf le dimanche. Et le lundi à cause de ma consultation.

LA DAME :

Mais ce ne sera pas trop d'intervalle, deux jours d'affilée ? Je resterai pour ainsi dire sans soins du samedi au mardi ?

KNOCK :

Je vous laisserai des instructions détaillées. Et puis, quand je trouverai une minute, je passerai le dimanche matin ou le lundi après-midi.

LA DAME :

Ah ! tant mieux ! tant mieux ! (Elle se lève.) Et qu'est-ce qu'il faut que je fasse tout de suite ?

KNOCK :

Rentrez chez vous. Gardez la chambre. J'irai vous voir demain matin et je vous examinerai plus à fond.

LA DAME :

Je n'ai pas de médicaments à prendre aujourd'hui ?

KNOCK :

(Debout).

Heu... si. (Il bâcle une ordonnance.) Passez chez M. Mousquet et priez-le d'exécuter cette première petite ordonnance. »⁷⁰⁹

b) Knock : farce ou apologie de la médecine

Pourquoi le dramaturge a-t-il mis plus de critique que d'apologie de la médecine dans sa pièce ? Il n'y a pas de manque de respect, mais plutôt une satire constructive pour faire avancer son application tant sur le plan diagnostic que sur le système hospitalier. Son travail s'inscrit dans la philosophie de comédies se moquant des professionnels de la médecine particulièrement les médecins, et surtout de leur prétention à pouvoir régenter la maladie et la bonne santé, à diriger la vie et la mort par leur monopole du savoir que les autres professionnels n'ont pas.

Il ne semble pas avoir voulu s'attaquer à montrer que leur capacité de déduire, de conclure ou d'inférer du visible à l'invisible connaît des défaillances et que la médecine mérite des études bien développées et appropriées.

C'est dans cette perspective que Molière orientait ses comédies, comme il l'a fait par le rôle de Sganarelle lorsque ce dernier fait l'éloge de la médecine et du costume (acte III, scène 1) et démontre leur vertu par la mort d'un malade en disant : « *Comment ? Il y avait six jours entiers qu'il ne pouvait mourir et cela le fit mourir tout d'un coup. Voulez-vous rien de plus efficace ?* »⁷¹⁰

La farce de *Knock* est centrée sur des personnages caricaturés tant par leur langage, leur comique, leurs gestes, mais aussi leurs gestuelles, même le personnage principal n'étant pas épargné de cette maladresse insérée dans la profession médicale.

⁷⁰⁹ *Ibid.*, p.92, s

⁷¹⁰ MOLIÈRE, « *Dom Juan ou le festin de Pierre* », acte III, scène I, première présentation, Paris le 15 février 1665.

Il n'a pas touché uniquement les médecins, il a sous un angle d'étude d'anthropologie sociale donné une panoplie des problèmes sociaux du canton, il a divisé tacitement la population en deux parties : celle des démunis où les paysans sont avares et la classe des riches où peu importe leur niveau de revenu et où ils pleurent de misère, par exemple la *Dame en violet*. L'observation la plus importante dans cette satire sociale est que les médecins et les apothicaires, censés protéger la population, accompagner les malades et les démunis, s'enrichissent du malheur de leurs patients par le mensonge et l'escroquerie. Le *Docteur Knock* centre son savoir-faire, sur la peur et sur quelques points d'ambiguïtés, lié à la vision du progrès scientifique et de la modernité. C'est comme s'il hypnotisait son patient. Les habitants du canton constatent que son pouvoir est absolu, mais personne n'est capable de s'échapper. Il disait lui-même : « *Le canton fait place [la nuit] à une sorte de firmament dont je suis le créateur continu.* »⁷¹¹

L'auteur du texte a voulu forcer le spectateur à réfléchir deux fois sur l'exercice médical. D'une part, sur l'idée d'abandonner la raison et se donner, se confier à la science par l'intermédiaire d'un sauveur tout en renonçant à tout jugement et, d'autre part, de rester silencieux et victime en acceptant des régimes masqués par un jeu de mots pour se priver du plaisir et d'amusements dans l'idée d'éviter ou de s'échapper de la mort. « [...] *Il y a deux cent cinquante chambres où quelqu'un confesse la médecine, deux cent cinquante lits où un corps étendu témoigne que la vie a un sens, et grâce à moi un sens médical.* »⁷¹²

Le spectateur est au centre d'une ambiguïté puisque le rire est présent dans le théâtre, mais il est pris en otage par la stupéfaction de l'erreur et du mensonge du praticien médical. Il n'y a point de rire lorsque le mensonge est au centre de soins. C'est donc une manière de faire réfléchir les autorités responsables du système de soin à travers son jeu cathartique.

2) Pourquoi tous ces patients se considèrent-ils comme des malades souffrants ?

Dans la recherche médicale de Molière et celle de Jules Romains, les patients sont généralement des personnes qui ne sont pas malades, mais qui ont des fatigues ou des problèmes d'amour ou socio-familiaux. Pendant leurs consultations, les médecins les manipulent pour les installer dans l'espace ludique d'un malade souffrant, mais les médecins savent pertinemment qu'en réalité ce ne sont que des maladies imaginaires ou inexistantes. Peuvent-ils être considérés comme des personnes hypocondriaques ?

a) L'hypocondrie ou la maladie imaginaire du patient

L'hypocondrie en médecine peut être définie comme des troubles psychologiques dans lesquels une personne se plaint, de temps en temps ou fréquemment, du sentiment ou de l'impression d'être malade ou d'avoir une maladie très grave accompagnée par des douleurs et des souffrances très importantes, alors qu'elle a l'apparence d'une personne en bonne santé et que la médecine est incapable de découvrir et de diagnostiquer de quoi elle souffre. C'est ce que Molière décrit avec le personnage d'Argan dans *Le malade imaginaire* en incitant les médecins à mentir à chaque visite médicale.

⁷¹¹ *Ibid.*, « *Knock ou Le triomphe de la médecine* », p.139

⁷¹² *Ibid.*, p.138

Pourquoi une personne souffrant d'une maladie imaginaire a-t-elle des difficultés à vivre et à s'épanouir dans sa profession ? Que cette maladie représente-t-elle dans la vie d'une personne dite hypocondriaque ?

L'outil théâtral véhicule un savoir médical dont parfois le voyeur n'est pas en mesure de décortiquer ni de dégager le sens principal du message au premier coup d'œil. Il se pose beaucoup de questions pour parvenir à l'idée générale de poète-dramaturge. Pour Molière, l'hypocondriaque vit dans un corps assommé par la peur, c'est-à-dire que si la maladie n'est que de l'imagination, la peur, l'angoisse et le stress sont bien présents dans l'esprit et dans le corps d'une manière très forte. Une personne hypocondriaque est une personne incapable de maîtriser ni son corps ni sa santé. La peur gagne donc son environnement sanitaire. Elle a peur qu'une maladie très grave et chronique soit détectée avant que le médecin lui-même ait fait son diagnostic et la peur est aussi au centre de la recherche médicale : et si le médecin était incompetent ? Ou si la maladie avait été diagnostiquée un peu trop tard ? La peur est présente dans l'espace de vie, chaque signe est le début de la maladie ou les symptômes d'une maladie grave.

Une personne, en soulevant un poids ou en effectuant un mouvement sportif, peut faire une mauvaise respiration qui lui provoque des douleurs dans la poitrine. Mais si la personne est très angoissée, elle commencera à se poser mille questions en pensant à un infarctus ou à un cancer du poumon, par exemple. Elle est toujours perturbée et jamais calme. Elle peut passer voir le médecin à plusieurs reprises, faire des radios, des scanners, des analyses, des examens et tous les bilans, elle peut changer de médecin et de spécialiste, rien n'a été diagnostiqué de mal, mais elle a toujours peur que les équipes soignantes se soient trompées. Son stress ne se limite pas là, il se développe dans son entourage et lorsqu'un des membres de sa famille ou le médecin accompagnateur essaient de la rassurer en lui disant qu'elle n'est pas malade, elle ressent une grande impression d'impuissance.

Le plus dur dans ce problème est que la personne a une perte de confiance dans la vie. Ainsi, ses attitudes peuvent devenir contagieuses. Le fait de raconter en permanence ses angoisses, les histoires d'une maladie de son voisin ou sa voisine, de parler constamment de celui qui est mort par le sang contaminé ou de celui qui souffrait du sida et qui n'était pris en charge, etc., tout cela incite à la peur des autres et détruit enfin la joie de vivre ensemble et en famille.

b) Quels traitements ou quelles thérapies pour l'hypocondriaque ?

Le théâtre propose un traitement possible qui demande beaucoup d'accompagnement. La personne malade doit tout d'abord accepter l'idée qu'elle souffre d'angoisses incessantes qui troublent sa santé. C'est un processus très long, mais pas difficile. Son entourage doit aussi fournir un effort pour l'aider à engager ses soins surtout pour prendre conscience qu'il est temps de s'occuper de son esprit et très légèrement de son corps. Il doit travailler intensivement sur son comportement et sur son sens cognitif pour développer une maîtrise de soi et de son corps. Il faut travailler encore dans des activités théâtrales de forte expression et de gestion du souffle. Il faut éviter de dramatiser une mini blessure ou une petite sensation désagréable qui peut gêner le corps. Il faut faire en sorte d'éradiquer totalement la peur de la maladie qui empêchera de vivre sans crainte.

L'avantage de travailler avec le théâtre aide l'individu à organiser sa pensée dans une expérience d'étude physique et comportementale. Le théâtre lui-même ne donne pas à réfléchir, c'est un processus ou un déclencheur de pensée. Par exemple, avant de donner aux participants une idée ou une proposition de contenu qui aurait été initiée par une réflexion, il est demandé de bien respecter des conditions et une situation précises. Il s'agit de schématiser une démarche et de respecter les normes en tant qu'acteur, comédien, spectateur, metteur en scène ou dramaturge qui va être soumis à des mesures internes pour aboutir au respect et à la compréhension du texte. Chaque personne soumise à ces conditions n'agit pas comme une autre et sa pensée diffère selon la personne. Elle suit au sein de ce nuage des méthodes qui provoquent une correction dans les comportements que chaque participant doit éprouver. « *Le processus de pensée n'est pas nécessairement initié par les gestes ou les mots d'acteurs, même si ces derniers mènent la danse. Car jouer, c'est soutenir une relation, et non produire quelque chose, si bien que le public est toujours déjà impliqué comme partenaire fondamental de la relation du jeu, et qu'une disposition particulière du public (réelle ou projetée) peut tenir le lieu, pour les acteurs, de "premier moteur".* »⁷¹³

Conclusion du Chapitre I

En peu de mots, le théâtre avec ses ateliers d'échanges démontrent à la médecine que toute personne faisant l'objet de soins, en hospitalisation ou non, a des pressentiments d'avant et d'après l'intervention de soins. C'est pourquoi, certains patients montrent dans le jeu dramatique que la peur et le stress peuvent, d'un côté, toucher leurs esprits et, de l'autre, affaiblir, petit à petit, leurs corps avant de commencer toute intervention médicale.

C'est cette image que le dramaturge expérimente en scène avec des comédiens pour étudier en présence du public les différents maux et souffrances que le corps de l'homme subit ou exprime lorsqu'il est soumis à des actions médicales.

Il est possible tout d'abord de constater dans ces expérimentations, qu'une fois l'artiste sur scène, il cherche à comprendre son rôle en commençant par se poser des questions sur son identité. En effet, le fait de se poser des questions sur lui-même marque la présence de la conscience qu'il a en tant que sujet d'étude médical mais aussi de la conscience de son existence comme toute autre personne vivante.

Il était donc question d'une part, d'étudier la valeur qui ressort de l'enseignement du comédien à travers son identité et, d'autre part, ce qu'il ressent lorsque son corps subit les tortures du médecin.

Lors des ateliers, notre étude a constaté qu'ici le réel et le ludique mettent en permanence l'artiste en danger dans le seul but de vouloir plaire et satisfaire son public. Par ailleurs, la présence de l'artiste dans ce genre d'exercice présente un autre problème car la mise en examen de son corps risque de fausser l'expérience suite à la torture physique de son corps réel mais aussi du corps imaginaire de son personnage expérimenté sur scène.

Lorsque l'artiste est soumis à une expérimentation des maladies émergentes ou réémergentes, on a pu remarquer que son travail consiste à éduquer et à informer comment éviter la possible contamination. Il participe encore à l'accompagnement des malades sur les

⁷¹³ Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAt et Alain VIALA (sous la direction de), « *Corps sur scène* », *op. cit.*, p.215.

mesures de lutte contre les maladies infectieuses. Il est possible de constater aussi que l'État français avec le soutien de l'Europe met en place des mesures de lutte contre ce genre de maladies transmissibles. Au terme de cette analyse, il est possible de constater aujourd'hui sur le territoire français, des textes codifiés et d'autres non qui accompagnent le corps médical en cas de présence d'une maladie transmissible avec la procédure de déclenchement. Sauf que jusqu'à présent, la personne responsable du signalement de la présence n'est pas imposée à un délai de déclenchement.

Ainsi, après avoir terminé ce Chapitre I (Scène I), notre travail continue avec le Chapitre II (Scène II) intitulé : « *Le corps s'exprime dans l'art et dans la médecine* ».

CHAPITRE II / SCÈNE II – LE CORPS S'EXPRIME DANS L'ART ET DANS LA MÉDECINE

Avant de laisser le corps s'exprimer dans les activités du théâtre médical, il faut tout d'abord définir et délimiter les différents corps possibles qui vont participer à la recherche médico-théâtrale. Les experts en art dramatique mettent au milieu de l'atelier le malade et son corps pour un examen d'expressions internes et externes de l'être humain.

Les comédiens africains ont identifié très rapidement à travers la médecine traditionnelle trois corps participants à la recherche médico-théâtrale. Il s'agit du corps physique, du corps moral et du corps spirituel. Ces trois identités du corps humain ont été confirmées lors d'une Conférence⁷¹⁴ en Italie en 2007, par le Docteur Ibrahim Sylla Tati, pédiatre d'origine sénégalaise, président de la Fondation Sylla Caap⁷¹⁵.

Il identifiait le corps physique à travers les difficultés que le corps de l'homme doit supporter. Par exemple lorsque la personne se sent en déséquilibre et que ce mal-être explique son obstacle à trouver son équilibre dans le fonctionnement normal de son corps. Ces difficultés ou ces déséquilibres signifient ou se traduisent par la présence de la maladie. La raison est que chaque maladie a ses origines et ses endroits ciblés pour manifester sa présence et elle provoque des dysfonctionnements et des déséquilibres et ainsi déstabilise son écoute. C'est le corps physique qui souffre et qui nécessite un traitement.

C'est dans le corps mental que se définissent le dialogue, l'échange avec soi-même pour soi-même et la maîtrise de soi. C'est là où se situe le rapport direct ou indirect avec l'autre. Par exemple : le fait de pouvoir tenir sa langue lors d'une discussion, un palabre ou de faire le silence explique le niveau de maîtrise de son corps mental ou sa capacité à entrer en contact avec soi-même et/ou de s'écouter soi-même.

En Afrique ou dans la culture africaine, les artistes tout comme les médecins exploitent, dans la médecine traditionnelle, un troisième corps appelé spirituel. Il est le seul corps qui communique directement avec l'être supérieur. Sur le continent africain, l'être humain est dominé par le corps spirituel dont une grande partie est occupée par le culte des ancêtres. Le massage est l'expression ou le moyen de cette communication. Le Dr Ibrahim Sylla Tati disait que : « *Le massage est très important dans la culture et dans la médecine traditionnelle africaines. Dans les ethnies peule, tuareg, oloof et dans toute la partie de la Côte d'Ivoire, toute la partie occidentale, ce massage est appelé Daamp. Cette Daamp est pratiquée surtout chez les nouveau-nés.* »⁷¹⁶. Cette pratique a connu un grand succès dans les services et dans la recherche de médecine préventive de pédiatrie de la polyclinique San Matteo de Pavie en Italie.

C'est dans cet ensemble de trois corps que le comédien africain étudie son patient ou tout participant à l'atelier théâtre médical. L'étude de l'expression corporelle du malade dans l'art et dans la médecine ne se limite pas seulement à l'expression physique. Le fait de travailler le corps de l'être humain, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, permet de faciliter la lecture de l'expression corporelle et les valeurs qu'elle représente chez l'individu.

⁷¹⁴ Dr Ibrahim SYLLA TATI, Conférence, « *Médecine traditionnelle africaine* » à Pavie (Pavia), Italie, 2007, (*Orrizonti di Luce*), Une lecture particulière dans l'histoire de la médecine africaine. 29^e JEFAC de l'AUFEMO. Bamako, novembre.2009.

⁷¹⁵ Une fondation sénégalaise humanitaire qui s'occupe des femmes, des femmes enceintes et des enfants concernés par la prévention et l'éducation pour la santé. Elle fait des dons pour plusieurs projets comme la culture, l'agriculture, l'eau, la terre et sur la solidarité d'Afrique.

⁷¹⁶ Dr Ibrahim SYLLA TATI, « *Médecine traditionnelle africaine* », *op. cit.*

La question est : pourquoi travailler ces trois corps du patient ou de toute autre personne dans une démarche théâtrale à fins thérapeutiques ? C'est parce que ces trois corps vont rejoindre un quatrième corps appelé théâtre qui est lui-même un corps qui entre dans l'être humain pour faire ressortir des effets phénoménologiques de l'humain. Le pouvoir du quatrième, corps avec sa spécificité de genre littéraire, tient à mettre en valeur le monde ou le corps réel dans son fonctionnement. Le malade mis en exercice aura à exploiter ses trois corps dans le personnage attribué par le dramaturge ; à travers l'incarnation de ce personnage, le malade est déjà dans le corps du théâtre qui constitue le point direct de jonction. C'est au fond de cette articulation dialectique qu'apparaît l'épanouissement de la personne mise en étude. C'est à partir de là que se noue ou s'installe la relation unique entre le corps conducteur qui peut être le sujet en examen et le corps récepteur représenté par le spectateur. C'est là où le voyeur arrive à distinguer l'essence du théâtre.

Cet exercice permet de canaliser le malade dans ses trois corps et de bien prévoir son engagement thérapeutique. Dans ces trois différents corps, le maître du jeu va extraire au fond du malade des émotions qui lui permettront d'évaluer et de situer l'endroit où la partie du corps souffre sans lui administrer des médicaments. Ressentir une émotion, c'est donner ou libérer le corps à exprimer en lien avec son environnement en tenant compte de chaque détail spécifique. Lorsque le corps ou les corps réagissent à certains actes, c'est pour répondre à une situation à laquelle ils font face. Le rire, la peur, la colère ou la douleur par exemple marquent la dimension intentionnelle des troubles, des expressions ou des émotions.

Est-il possible de les articuler de manière acceptable ou les agencer dans une théorie émotionnelle ? *« En effet, il est notoirement difficile de les articuler de manière satisfaisante au sein d'une théorie des émotions. Pourquoi ? Les perturbations physiologiques liées aux émotions ont été bien souvent citées pour affirmer qu'elles se situent au mieux en dehors du champ de la rationalité, au pire dans une relation conflictuelle avec celui-ci. Il est cependant aujourd'hui courant de souligner le rôle important des émotions dans l'exercice de nos facultés rationnelles. Est-ce à dire que la dimension intentionnelle des émotions qui, nous allons le voir, permet de parler d'une rationalité au moins minimale dans le domaine des émotions, doit être conçue comme indépendante de leur dimension corporelle ? La réponse à cette question est délicate, car si de nombreuses théories contemporaines insistent sur la dimension intentionnelle des émotions sans nier leur dimension phénoménologique, elles sont rarement explicites quant aux liens entre intentionnalité et phénoménologie d'une part, entre phénoménologie et, corps ressenti de l'autre. Notre objectif dans cet essai consiste à montrer qu'il est possible de comprendre l'intentionnalité des émotions, et donc ce qui permet de parler d'une rationalité affective, en termes de phénoménologie corporelle. »*⁷¹⁷

Pour mieux cerner ce que le corps produit comme expression dès lors qu'il est en plein exercice théâtral, il serait indispensable de voir « *Les émotions corporelles, moteurs de recherche de valeurs* » en Section 1 et « *Le mal - vraisemblablement la maladie ou la douleur* » en Section 2.

⁷¹⁷ Julien A. DEONNA et Fabrice TERONI, « *L'intentionnalité des émotions : du corps aux valeurs* », *Revue européenne des sciences sociales*, Tome XLVII, 1^{er} mai 2009, n° 144, pp. 25-41, p. 1.

SECTION I - LES ÉMOTIONS CORPORELLES, MOTEURS DE RECHERCHES DE VALEURS

Les profanes du théâtre pensent que le corps s'exprime uniquement à travers le verbe - les paroles, les cris et les voix ou autre - , mais ils oublient qu'une personne peut s'exprimer par les postures, les mimiques, les silences, les rires, les colères, les peurs et les gestes. Entre la distance qui sépare le patient-comédien et son voyeur, il peut y avoir un message véhiculé par ses mouvements corporels qui peuvent être les produits des émotions de l'émetteur, mais aussi qui peuvent toucher la sensibilité du récepteur selon les types de regards et les états émotionnels de ces deux personnes. La distance, le toucher et le regard constituent une matière de lecture et de compréhension du langage dans l'espace et dans le temps.

Si le patient examiné souffre par exemple des maux de tête, d'estomac ou de dos, les cris ou les paroles qu'il donne peuvent aider facilement le médecin à comprendre de quoi le sujet souffre. Mais s'il est sourd et muet, ou l'un de ces deux cas, ses gestes peuvent être le seul moyen de s'exprimer. Si la personne peut parler, mais que la distance est importante, ses gestes et ses mimiques sont des facteurs de prolongements de ce que la voix a déjà donné.

Dans les ateliers, les artistes utilisent beaucoup ce moyen pour apprendre aux patients et les aider à développer cette faculté de communication sans mot : verbe. Dorénavant, certains participants aux ateliers théâtre sont capables de communiquer lorsque la parole se tait et qu'ils sont en difficulté pour s'exprimer verbalement. Le mouvement du corps, du visage, des mains et autres demeurent l'axe principal qui produit des témoignages et des significations essentielles à la compréhension de la situation qu'ils affrontent ou à laquelle ils font face. Ces mouvements participent dans une organisation symbolique que le récepteur est appelé à déchiffrer pour éviter que le malade souffre en permanence sans mesure de prise en charge et d'accompagnement. Il s'agit quelquefois du langage des signes dont la signification n'est pas toujours compréhensible ou transparente par le récepteur. Éduquer le patient à laisser son corps s'exprimer et à comprendre les différentes expressions du visage développe la capacité physique du sujet et son savoir communiquer. Chaque patient ou même chaque participant habite sa « *corporéité* » selon sa maladie, ses douleurs, ses propres orientations culturelles et sociales et/ou de ce qu'il veut donner comme message. Mais aussi, il joue en fonction de son tempérament et de son histoire personnelle. Les sentiments ou les émotions manifestées par qui que ce soit représentent une valeur soit pour affirmer le message donné par l'émetteur soit pour le rejeter.

Quand le comédien sur scène s'exprime à travers ses émotions corporelles, la valeur recherchée ne se limite pas au transmetteur uniquement, mais elle permet d'étudier les valeurs du récepteur-voyeur. Par exemple une personne qui joue la victime d'un accident et qui a perdu sa jambe : elle entre sur scène avec des béquilles, elle représente ses douleurs intenses avec le visage frustré, les mains qui tiennent la partie de la jambe coupée, pantalon quasiment coupé au même niveau que la partie coupée et elle s'installe devant le médecin. Avant de dire un mot, le médecin comprend directement qu'il s'agit d'une personne blessée. Par contre, le spectateur aura directement un visage de pitié envers la malade. Cela signifie qu'une communication est faite en fonction de la valeur de l'émotion.

Lors d'une représentation théâtrale, les émotions se traduisent par le rire, la pitié, la peur, le souffle ou la respiration, le changement de position sur les sièges, des petites voix ou

des chuchotements dans tous les coins, des toux, parfois des manifestations d'ennui et enfin des allers et retours des spectateurs. Le ou les corps de l'individu sont singulièrement proches du théâtre et sont dictés par l'action culturelle qui mobilise la concentration du voyeur d'une part, et, du comédien d'autre part. Lors d'une représentation théâtrale, la salle est enrobée de silence, toute manifestation du corps du voisin est une gêne. Le spectateur peut ne pas parler et gêner son voisin par sa gestuelle. Ceci peut se répercuter jusqu'à gêner le comédien sur scène. Toutefois, une personne peut se mettre en retrait entre le comédien et le voyeur pour juger les émotions. Elle peut alors constater que le visage du voyeur est disponible ou attentif pour suivre instantanément les mouvements et les gestes du comédien et oscille entre rire et tristesse selon les cas. Le voyeur est le miroir de la scène parce qu'il n'est jamais dans un mouvement à contre-courant. En revanche, il peut se mettre dans la règle implicite du théâtre connue par la plupart des comédiens : la règle de la discrétion. Ne pas gêner le voisin ou déranger son confort. En respectant cette règle apparaît un cinquième corps : la salle devient un seul corps et représente un seul visage, c'est-à-dire un grand miroir reflétant les faits et gestes des personnages sur scène.

La lecture des émotions chez le spectateur-voyeur est difficile, car dans la majorité des cas, il se trouve dans l'obscurité pour observer le comédien. Pour comprendre le lien du spectateur avec l'artiste, l'observateur demande beaucoup à son imagination pour mieux le cerner puisque le public est censé rester immobile. En effet, il peut changer de position, comme se croiser les bras ou étendre ses jambes, mais il est dans l'obligation de respecter la règle de la discrétion avec des démonstrations non excessives. S'il dépasse cette règle, il déstabilise son voisin et cela témoigne de son ennui. Ce type de bruit peut gêner et déstabiliser le comédien ainsi que dévisager ou désunifier la salle. La seule règle dans le théâtre est le silence, et seul l'artiste dispose d'une voix. Dans chaque expérimentation théâtrale, la frontière qui sépare le comédien et le spectateur est une ligne symbolique. Elle peut se définir aussi comme un autre corps qui peint deux zones spécifiques qui ont pour usage rituel le corps et le visage.

Pour mieux comprendre la valeur profonde de l'émotion fournie par le comédien ou la personne examinée, il serait indispensable d'étudier le visage et le corps expérimenté en paragraphe 1, avant de chercher à savoir s'il existe un révélateur d'un sentiment de conflit de valeur chez le patient et le professionnel de santé en paragraphe 2.

PARAGRAPHE 1 - LE CORPS ET LE VISAGE

Au théâtre comme à l'hôpital, le corps et le visage constituent une scène dans la mesure où ils transmettent des données qui permettent de lire et de comprendre les réactions et les signes que disent les émotions. Dans cette phase de lecture, l'un et l'autre se complètent de façon complexe, car l'individu n'est jamais que l'expression de son *cogito*, puisque ni l'un ni l'autre n'est de nature à l'exprimer l'un sans l'autre. Ils vont plutôt le découvrir peu à peu à travers un jeu de signes. Ces deux éléments sont séparés par l'inconscient de l'être humain qui ne contrôle absolument pas tout ce qu'il donne à voir avec l'ensemble de ses traits ou de ses attitudes. L'idée du voyeur ou de toute personne qui aura à examiner la relation du corps et du visage devra extraire le bien du mal ou la vérité du mensonge, dans l'expression physique ayant échappé à la personne. L'important à retenir ici est que le fantasme du corps physique

du sujet en examen exprime une vérité qui échappe à son contrôle et dévoile par sa nudité une force illusoire capable de manipuler l'autre – le spectateur – et c'est par là qu'apparaît la valeur de l'acte observé. Les signes qui s'échappent du corps à travers le visage apportent des valeurs tant sociales que physiques à celui qui regarde. Une fois que le voyeur réagit, cela signifie qu'il est en phase avec l'action dramatique avant de chercher à comprendre le niveau de la valeur reçue. Si la valeur est perçue du côté social, c'est parce que le comédien lui aussi a une vie sociale. « *Le paradoxe du comédien n'est que le paradoxe de la symbolique corporelle, il est le prolongement de la latitude propre à l'homme de témoigner aux autres des seules significations qu'il entend leur donner. L'homme n'est pas rivé à une nature s'imposant à lui, mais il est le créateur des significations et des valeurs à travers lesquelles il vit et de celles qu'il prétend arborer face aux autres. [...]* "Tu verras le visage du traître, dit un personnage de Danilo Kis. Mais prends garde de ne pas être trompé par les apparences : le visage du traître peut prendre les apparences de la plus grande honnêteté." *L'apparence est justement la scène que l'homme du commun propose à la lecture de ses partenaires. Les coulisses sont interdites, et l'individu lui-même n'y jouit que d'un accès mesuré. Bien des recoins lui échappent que dissimule la lumière trop vive de l'idée qu'il se fait de lui-même et de l'image qu'il souhaite délivrer aux autres.* »⁷¹⁸ Il est évident que le théâtre expose les trois corps du comédien ou celui du patient dans une seule voie de l'appréciation de son public. Son visage reflète une valeur similaire à celle qui brille sur le visage du voyeur. « *L'expressivité du visage est atténuée et la voix et la personne du comédien sont à l'honneur d'un bout à l'autre de la création. Le théâtre est un lieu de mise en évidence du corps, de célébration du corps du comédien voué à la plasticité des rôles, à la liberté relative de déplacements et de paroles que lui octroient la scène et l'attente du public.* »⁷¹⁹

Le problème qui se pose dans l'action dramatique est que la plupart des spectateurs ont tendance à se laisser aller ou embarquer par l'émotion du comédien. Ils oublient que cet artiste est un spécialiste de la duplicité et de la fourberie. Il est facile de se détacher de ses sentiments propres et de s'offrir aux comédiens pour solliciter un changement grâce à la pratique appropriée des signes dont il en fait son talent, mais il est difficile de se retenir, de se désister ou se détacher des mensonges des comédiens. « *La structure anthropologique du théâtre consiste dans ce privilège de l'homme de se jouer des signes pour les rendre réels, même s'il n'y croit qu'à demi. La sincérité n'est qu'un artifice de mise en scène, un art de se présenter judicieusement au jugement de l'autre en lui laissant voir ce qu'il est tout prêt à accrédi- ter. Le paradoxe du comédien consiste dans cet art de façonner les signes, de faire de son corps une écriture intelligible, afin de jouer à heures fixes les affres de la douleur ou de la jalousie, ou une hilarité à gorge déployée pour une réplique entendue déjà des centaines de fois.* »⁷²⁰ Le comédien offre à son public les signes sociaux de l'émotion, car il incarne le savoir et le pouvoir de toucher l'âme de tout un chacun puisque son visage exprime parfois un trouble passager venu de ses entrailles. Parfois le comédien, sur scène, « *pleure comme un prêtre incrédule qui prêche la Passion ; comme un séducteur aux genoux d'une femme qu'il n'aime pas, mais qu'il veut tromper ; comme un gueux dans la rue ou à la porte d'une église,*

⁷¹⁸ International de l'imaginaire, nouvelle série-n°2, « *Lieux et non-lieux de l'imaginaire* », Maison des cultures du monde, 1994, p. 12.

⁷¹⁹ *Ibid.*

⁷²⁰ *Ibid.*

*qui vous injurie lorsqu'il désespère de vous toucher ; ou comme une courtisane qui ne sent rien, mais qui se pâme entre vos bras. »*⁷²¹

A] LE RIRE ET LA COLÈRE, SOURCES DES VALEURS D'ÉTHIQUE : LES MOTS DU CORPS

Dans l'exercice de l'expression corporelle apparaît chez le patient la peur de mettre ses trois corps en études dramatiques parce qu'il s'inquiète d'être jugé par l'autre. C'est par là qu'apparaissent les normes de jugements de valeur : dévaloriser ou mettre en valeur certains actes. La peur d'être jugé est très importante chez le malade ou chez tout participant lorsqu'il s'agit de sa première participation à l'atelier. Dans chaque rencontre ou représentation, pour la personne sujet d'études comme pour les comédiens professionnels, que ce soit individuellement ou en groupe, le regard du spectateur constitue toujours un élément de mesure de valeurs. Il y a un jugement de valeur que le voyeur porte inévitablement et c'est pour cela que l'acteur ressent au fond de lui le stress avant de participer au jeu de rôle. La présence du maître du jeu, de son équipe et des professionnels médicaux inquiètent le sujet, objet d'études dramatiques, tant dans son corps moral que dans son corps physique. Il est clair qu'il n'y a pas vraiment de jugement de valeur dans l'exercice ; pourtant, et même si l'individu le sait pertinemment, il y aura quand même quelques éléments de valeur à rechercher et à retenir à la fin de l'exercice.

La survenance du rire, du cri, de la colère, de la peur ou d'autres figures émotionnelles du spectateur montrent déjà qu'il existe certains facteurs de valeurs qui touchent le spectateur. Le fait de dire « *On ne va pas juger* » ne rassure pas le patient. Il y a certainement un jugement de valeur qui apparaît sur le visage de celui qui regarde. Il faut retenir que la notion de jugement de valeur existe toujours. Parfois, l'acteur essaie de se rassurer lui-même en disant « *On est tous au même niveau et on représente les mêmes valeurs* », mais il oublie qu'il sera quand même jugé, ce qui peut être gênant et/ou même désagréable.

Lors d'un entretien avec le comédien responsable des ateliers-théâtre à l'hôpital Villejuif de Paris, de la plateforme DELTA 7, Paul Bebga disait que certains participants pensent que le fait d'imiter l'autre diminue la valeur de jugement et améliore leurs actions dans le cercle du jeu. Aussi bien, le fait d'être entre amis ou personnes qui se connaissent déjà peut soulager le moral des participants puisqu'ils pensent n'en tirer que du positif à la fin de l'exercice. Il y a ceux qui disent : « *J'ai peur de ce qu'ils vont dire après, ils aiment bien critiquer.* »

À la fin, les acteurs sont surpris, les remarques faites par le maître du jeu sont modérées et moins critiques que celles données par leurs pairs. Il est plus facile d'accepter celles du dramaturge que celles de ses amis, puisque le premier a comme objectif de changer les erreurs faites. C'est la raison pour laquelle le patient est moins touché par cette approche que si c'était un des participants, comme lui, qui lui avait fait les remarques. Certains cherchent à faire des remarques blessantes sur un autre joueur qui a évoqué lors de son passage la classe sociale, la religion, ou avancé des propos racistes ou parlé d'appartenance

⁷²¹ *Ibid.*, p. 12, s.

politique ou sexuelle, s'il défend quelques idées autres que celles exprimées par le critique dans ses remarques.

Par exemple la grossophobie. « *La grossophobie tue* »⁷²² selon Anouch, femme de 35 ans, vivant à Marseille et victime de grossophobie. Les victimes de la grossophobie parlent de ce phénomène malheureusement répandu et elles appellent à la tolérance et à l'indulgence. C'est une lutte orchestrée par l'Association Gras Politique qui essaie d'accompagner et d'encourager l'épanouissement des gens qui ont un poids un peu plus élevé que celui lié à leur âge ou à leur taille ainsi qu'à leur morphologie. Elle les aide à vivre leur vie, tout en cherchant des mesures sanitaires cohérentes. Ces gens subissent au quotidien, au-delà de la lourdeur de leur corps, des insultes telles que, « baleine », « grosse vache » et autres. Anouch a encore donné un exemple des remarques blessantes en disant que pendant la fête de Noël : « *Je suis allée acheter une bûche à la crème au beurre et directement la caissière m'a fait une remarque en me disant que ça ne serait pas bon pour moi de manger de la crème au beurre, et ça m'a tellement choquée, car je ne m'attendais pas à ça et de plus la cliente derrière moi, est intervenue en disant : "Si j'étais comme vous, je n'aurais pas pris ça puisque ça ne serait pas bon pour la santé."* »⁷²³. Elle affirme ainsi dans ses propos que la grossophobie est une discrimination tolérée ou même encouragée dans la société. Pourquoi cette discrimination est-elle donc tolérée ? Elle explique que la plupart des gens pensent que le fait de dire à quelqu'un qu'il est gros l'aidera à réagir et à prendre des mesures lui donnant envie de maigrir. Selon elle, ça ne marche jamais de cette façon et elle considère cette attitude comme du harcèlement. Ce phénomène est encore très fréquent dans le domaine médical, puisque les personnes grosses sont très mal soignées. Le professionnel médical met beaucoup de temps à le diagnostiquer et le patient qui se présente chez le médecin se voit souvent dire comme premier constat : « *Perdez du poids, ça ira mieux.* » Par conséquent, les personnes grosses évitent de plus en plus de consulter leur médecin et cela peut les tuer. La plupart parlent des remarques concernant le régime alimentaire : la personne grosse mange mal, elle ne se contrôle pas, elle se jette directement sur la nourriture... Des constats qui ne sont pas forcément vrais.

Dans la question de la recherche de valeurs, il est indispensable d'impliquer la personne examinée dans l'idée de participer ou d'accepter les critiques d'une manière positive et surtout en suivant les petits détails de communication fournis d'une manière générale.

Chloé Cécile Delacour explique dans thèse que : « *Pour certains, le débriefing redouté aura finalement été un moment de renforcement positif et de réassurance sur des capacités existantes : "Moi je me suis sentie contente qu'on me dise des choses bien de ce que je faisais en fait." "Ça m'a quand même fait plaisir, enfin quelque part, vous avez souligné mes points positifs." Certaines remarques ont même été appréciées : "Les trucs un peu négatifs, les petits tics de langage, les trucs comme ça, ça, c'était plutôt intéressant parce que du coup, ça, je suis demandeuse de ce genre de remarques." Nous avons constaté que la réticence des observateurs à faire des remarques était également présente lors de notre intervention, comme lors de jeux de rôles dans un cadre universitaire. Mais cette gêne semble s'être dissipée rapidement dans notre cas : "Je trouvais que la gêne, elle était surtout là au tout début, mais qu'après, rapidement, que ce soit quelque chose qui soit lancé par l'un ou l'autre*

⁷²² Anouch, témoignage publié sur le site Aufeminin.com, 3 février 2018.

⁷²³ Ibid.

des observateurs, ou par l'un ou l'autre des acteurs, assez rapidement ça permettait de..., ouais, d'alimenter des discussions et ça gommait un petit peu les éventuelles inégalités qu'il y avait au début quoi.". Mais la liberté de parole que permet la familiarité des participants les uns pour les autres semble avoir eu un contre-effet : "Je n'étais pas d'accord du tout avec la façon dont le médecin a géré les choses et en fait j'ai essayé de modérer ce que je disais, mais a posteriori je me suis dit que j'étais peut-être allée un peu fort." Ainsi une participante de déclarer : "C'est marrant parce que je me dis tout le temps : "Ouais le jeu de rôles, on va me juger machin." Et en fait, j'étais la première à le faire, je m'en suis rendu compte après." La question de l'objectivité des propos a également été débattue dans l'un des focus groups. Mais au final, comme le faisait remarquer l'un des internes : "L'important du jeu de rôles, c'est de dire son opinion néanmoins. Sinon ça sert à rien d'être là." »⁷²⁴

Dans une autre expérience, un patient peut, lorsque le praticien médical met sa main sur corps, réagir par des cris ou des gestes pour témoigner le degré de la douleur, que celle-ci vienne de sa maladie ou de l'intervention du professionnel. La valeur que représentent ces souffrances exprime la relation directe entre soignant et soigné, mais aussi l'échange des émotions qui existent entre eux. Ce contact a beaucoup de valeur lorsque l'un des praticiens caresse la main, la tête ou le corps du patient pendant que son collègue effectue les soins du malade. C'est à travers ces gestes que le soignant marque sa présence active et essaie de le rassurer en répondant à certains signes ou expressions visuelles ou mimiques du patient. Toutefois, le praticien peut aussi diminuer ou arrêter un instant son intervention lorsqu'il constate que la douleur est intense. C'est donc une réponse émotionnelle de la part du professionnel médical, répondant à l'émotion du malade.

La notion de jugement de valeur pèse aussi fréquemment chez le professionnel médical, à partir aussi bien de son exercice que de son observation quotidienne. *« L'excès dans la manifestation des émotions des patients (tels les appels fréquents d'une patiente qui s'inquiète de son départ qu'elle ne veut pas, ou les cris angoissés et incessants d'une autre malade) est perçu comme un échec, puisqu'il signifie que l'accompagnement émotionnel est défaillant. La "bonne distance" est difficile à définir. Or tous les soignants le disent : c'est en ayant vécu à une ou deux reprises une expérience douloureuse de la mort d'un patient qu'ils ont à la fois sensiblement et pragmatiquement construit une distance intuitive avec le malade, sorte de "bricolage psychologique" avec soi-même, qui nécessite des réajustements réguliers. Des soignants ont choisi eux-mêmes de s'y confronter directement, pensant qu'ils prendraient ensuite la distance nécessaire, comme Doris (infirmière, 23 ans) : lors de son premier stage comme élève, elle a mal vécu "le premier décès". Elle a décidé alors d'effectuer un stage supplémentaire d'une semaine, à la morgue de l'établissement qui l'accueillait : "Le pire a été de voir comment on cousait les bouches, l'aiguille dans la gencive. On vidait les corps de leur sang... J'ai aussi maquillé des visages, avec du fond de teint. En fait, c'était terrible de voir des corps, que des corps, sans les avoir vus vivants.". Les expressions et réponses corporelles des soignants face aux émotions des soignés ne sont pas qu'énoncées verbalement : des haut-le-cœur, frissons ou pleurs sont parfois générés par la vue d'une mauvaise cicatrice, d'une esquarre, l'odeur "putride, l'odeur du pus, âcre" (Carine, infirmière, 43 ans), lors d'un pansement, ou les cris incessants d'une patiente angoissée. Les*

⁷²⁴ Chloé Cécile DELACOUR, « Le jeu de rôles dans le cadre de la formation à la relation médecin-patient : quel vécu pour les internes de Médecine Générale ? », Université de Strasbourg, Faculté de médecine de Strasbourg, 2013, pp.54-55

*réactions incontrôlées des plus jeunes de ces soignants montrent l'existence d'une contagion des émotions qu'ils devront eux aussi apprendre à maîtriser, à partir de leurs propres expériences d'interactions sensorielles. »*⁷²⁵

1) Le rire

Le rire peut être défini comme une réflexion qui se manifeste peu à peu à partir du corps mental de l'être humain par une succession des courtes expirations saccadées et intermittentes, accompagnées par des vocalisations soit avec de sons inarticulés ou d'intensité variable. Le rire contribue ou apporte un intérêt majeur dans le bon fonctionnement du système immunitaire de l'être humain. Il soulage les personnes qui ont des problèmes de peau et développe ou améliore le système pulmonaire des gens qui souffrent d'asthme bronchique par exemple ou l'état de ceux qui sont atteints de schizophrénie. Le rire est un facteur de réduction permanente de l'anxiété, du stress et de l'angoisse préopératoire, surtout chez les jeunes et les enfants. Il favorise également les processus d'amélioration de santé chez les personnes âgées.

Le rire dans l'activité théâtrale peut présenter plusieurs valeurs et il est ainsi partagé sur deux cas possibles : le rire positif et le rire négatif. Le rire est considéré comme positif par la plupart des voyeurs lorsqu'il s'agit de l'humour en parlant de dysfonctionnement de certaines choses ou d'un politique quelconque. Mais il est négatif lorsqu'il s'agit de se moquer d'une personne qui souffre d'une maladie très grave ou des pauvres, des démunis et/ou pour effrayer la population d'une maladie très grave qui ravage une population comme l'Ebola ou autres.

Autrement, à l'âge tendre par exemple, la fréquence du rire peut aller au-delà de cent fois par jour, sans en chercher les raisons, il exprime un pur plaisir. En arrivant à l'âge adulte, le taux du rire peut se réduire jusqu'à une dizaine de fois par jour. En revanche, plus la personne prend de l'âge, plus elle est instruite, plus son travail et son niveau social la poussent progressivement à devenir sérieuse et à atténuer sa capacité de rire. Ce qui est vraiment désolant pour certains puisque l'humour et le rire constituent un antidote au stress et améliorent la santé.

Depuis toujours, les artistes aiment jouer ou représenter des pièces théâtrales parlant des personnes aliénées, c'est-à-dire des fous. Il est aussi possible de les faire jouer en vue d'améliorer leur état clinique. Olivier Fournout précise dans son article « *Le rire en quête d'auteur* »⁷²⁶ que le comédien qui se moque des fous déclenche des salves de rire dans la salle ; mais celle-ci est partagée entre ceux qui rient sans retenue et qui se sentent gênés par ces rires même. « *Sur scène, les patients conversent avec leur médecin. Sous forme tantôt d'entretiens, avec questions, réponses, relances, tantôt de tests neuropsychologiques, tantôt de monologues soutenus par l'écoute attentive du médecin, les séances se déroulent dans un climat de grande humanité, tout à fait conforme à la philosophie d'Oliver Sacks et à sa conception d'une "science romantique." L'immense beauté du spectacle tient à la douceur des échanges et au respect mutuel – presque magique – qui président à ces recherches : pas de trace de cabotinage ni de caricature. Juste un sentiment de fragilité du corps et de proximité*

⁷²⁵ Anne-Gaël BILHAUT, « *Les mots du corps : une ethnographie des émotions des soignants en oncologie* », *op. cit.*, p. 7.

⁷²⁶ Olivier FOURNOUT, Article « *Le rire en quête d'auteur* », *Jeu : revue de théâtre*, n° 91, (2) 1999, pp. 120-124.

*physique, accentué par le choix de faire jouer aux quatre acteurs – Maurice Bénichou, Sotigui Kouyaté, Bruce Myers, Yoshi Oida – à tour de rôle, les malades et les thérapeutes. »*⁷²⁷ Parmi les patients acteurs qui ont l'occasion de faire face au public à plusieurs reprises, les uns avaient des difficultés à dire un mot, les autres croyaient entendre des chansons en l'absence de toute source extérieure. D'autres avaient perdu toute sensation corporelle ou ne reconnaissaient plus les visages ; un autre encore s'adressait à un chapeau en le prenant pour sa femme, etc. Regarder des scènes comme celles-là déclenche un rire involontaire ; mais le geste est également blessant, car il s'agit de la vie réelle de certaines personnes. « *Qu'une minuscule zone du cerveau soit atteinte, et c'est une fonction, parfaitement circonscrite, qui se trouve en excès ou en défaut ; tout le reste est normal. L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau est par ailleurs Professeur de musique, et le restera jusqu'à la fin de ses jours. »*⁷²⁸

Pourquoi faire rire le malade hospitalisé, ou toute autre ? Parce que le rire entraîne des effets physiologiques qui oxygènent l'organisme, aident à masser les côtes et font faire beaucoup d'exercice au diaphragme... Il aide à réduire les problèmes de tensions musculaires et surtout il est un facteur favorable à l'élimination ou la réduction des résidus dans les poumons ; il développe aussi la capacité respiratoire et favorise le rythme cardiaque : rien ne vaut à un rire intense d'une vingtaine de secondes !

Les dramaturges ou les comédiens en général, précisent aussi que le fait de rire, que ce soit une histoire drôle ou non, aidera la personne à soigner certains problèmes sociaux et mentaux. En revanche, il ne faudrait pas croire que le rire puisse remédier à tous les maux.

En restant dans le même domaine des effets physiologiques, Sigmund Freud explique aussi, que l'humour aide l'être humain à faire face, à montrer qu'il ne se laisse pas abattre par la douleur ou la souffrance. Il précisait que l'homme arrive à affirmer son existence et à faire triompher la relation du plaisir parce qu'il a un esprit sain. Jusqu'à 1996, cette réalité est encore approuvée par le Professeur Rod Martin, l'un des spécialistes des études et des effets de rires de l'Université Western Ontario au Canada. Il a affirmé que le rire ou l'humour en général apportent des conséquences très bénéfiques et motivent l'évolution de la santé psychologique de l'homme.

La majorité des établissements de santé qui font appel à la culture théâtrale utilisent délibérément des actions de rires et d'humour pour accompagner le malade et améliorer la relation entre soignant et soigné et détendre l'atmosphère de soins, et ainsi aider à engager le patient dans une attitude lui facilitant sa réinsertion sociale.

a) Le rire inopportun du patient hospitalisé

Le malade hospitalisé exerçant une activité artistique peut avoir des rires intempestifs selon ce qu'il voit ou selon ce qu'il fait lui-même, en individuel ou en groupe. Ce même phénomène peut se présenter chez le voyeur lorsqu'il ne s'attend pas à ce qu'il voit. Cette démarche artistique à l'hôpital permet de découvrir différents visages du malade et de le comprendre jusqu'au plus profond de son humanité sans se limiter à des éléments réductifs à partir de la relation clinique de sa maladie et de ses souffrances. Olivier Fournout confirme

⁷²⁷ *Ibid.*, p. 2.

⁷²⁸ *Ibid.*

cette pratique en reprenant une expérimentation d'Olivier Sacks : « *L'être profond du patient a beaucoup d'importance dans les sphères supérieures de la neurologie, autant qu'en psychologie ; car le patient y intervient essentiellement en tant que personne, et l'étude de la maladie ne peut être disjointe de celle de son identité.* »⁷²⁹ Il développait ses raisonnements en se référant aux expérimentations du dramaturge, metteur en scène et acteur britannique, Peter Brook, fondateur du Centre International de Recherche Théâtrale (CRT) à Paris en 1971. Personne ne peut douter que lors des ateliers de sa troupe, il cherchait à trouver la vibration interne du patient ou de la personne incarnant le personnage examiné. Peter Brook utilisait cette pratique de temps en temps dans ses représentations théâtrales. « *Peter Brook raconte dans le programme de "Je suis un phénomène" que, pendant les répétitions de L'Homme qui*⁷³⁰, *la troupe s'est déplacée à l'Hôpital de la Salpêtrière pour observer les patients et les médecins. Il se rappelle : "Nous avons été tour à tour bouleversés, émus, étonnés, terrifiés et finalement fascinés par ce que nous avons devant les yeux." Le rire, l'amusement, l'impression de comique n'étaient pas de circonstance ; quand ils surgissent devant le jeu des acteurs, ils peuvent paraître d'autant plus incongrus qu'à aucune phase d'élaboration du spectacle ils n'ont été voulus. Cependant, ne sont-ils qu'une scorie qu'il faudrait se hâter d'oublier ?* »⁷³¹.

Peter Brook encourageait l'idée de ne pas chercher à faire rire de toute situation. Pour lui, il serait préférable, pour les metteurs en scène, d'oublier ou de négliger le rire en se forgeant sur l'image idéale de son spectateur. La fascination théâtrale surgit seule sans la chercher. Le rire est donc présent dans chaque représentation dramatique et surtout dans celle au sein des établissements de santé. Pourquoi dans une activité théâtrale Peter Brook sollicitait-il d'éviter en permanence le rire ? Il souligne que le fait de rire en plein spectacle n'est pas si méchant : c'est un élément marquant la présence du voyeur. Cela signifie que le spectateur n'a pas compris le message véhiculé ou qu'il va rater le message suivant. Comment peut-il sourire ou rire lorsque le comédien-patient parle de sa maladie ou de ses douleurs ? Comment une personne digne d'humanité peut-elle avoir des effets conséquents sur le personnage d'un fou qui vit sa vie quotidienne ? N'est-il pas dérisoire ou méprisant de se moquer de la vie d'un malade ? Tout cela peut apparaître comme un rejet de la responsabilité, mais surtout sur l'incompréhension du spectateur ou de sa perversité jugée cruelle et vulgaire. Certes, le public peut se défendre, mais celui qui rit va absolument rater l'essentiel. Dans l'article d'Olivier Fournout, une réponse à ces questions peut être évidente et acceptable : « *Le cas du tiqueur, joué par Maurice Bénichou, suscite le plus d'éclats de rire dans le public. Avec lui, nous sommes devant un cas exemplaire de comique bergsonien. Pour Bergson, nous rions quand nous découvrons "du mécanique plaqué sur du vivant." Du mécanique plaqué sur du vivant, c'est l'impression laissée par le tiqueur, mais aussi par le patient qui n'arrive pas à dire "non" : le "oui" mécanique entraîne des rires dans le public. Oliver Sacks lui-même décrit en ces termes l'homme qui prenait sa femme pour un chapeau : "[Il] fonctionnait exactement comme une machine. Non seulement il manifestait l'indifférence d'un ordinateur au monde visuel, mais, chose plus frappante encore, il décomposait le monde comme le fait un*

⁷²⁹ « Ces cas sont réunis dans le best-seller d'Oliver Sacks, *The Man Who Mistook His Wife for a Hat*, Gerald Duckworth & Co., 1985. Traduction française : *L'Homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Paris, Seuil, 1988 », *op cit.*, p. 2.

⁷³⁰ Études théâtrales effectuées en langue française, présentée en Europe, ainsi qu'aux États-Unis sous une traduction anglaise, de 1993 à la fin de 1997.

⁷³¹ Olivier FOURNOUT, « *Le rire en quête d'auteur* », *op. cit.*, p. 2.

ordinateur." Il n'est pas possible d'ignorer innocemment cette proximité entre, d'une part, un ressort essentiel du comique dans la vie et au théâtre – le corps machine – et, d'autre part, les symptômes évoqués dans les récits de troubles mentaux. Le rire du public n'est pas une manifestation anecdotique, négligeable, perverse que l'on pourrait simplement attribuer au fond de malice de quelques individus dans la foule. »⁷³²

b) Conditions liées à l'utilisation de l'humour pour faire rire dans les établissements de soins

Plusieurs chercheurs admettent que l'humour ou le rire est omniprésent et qu'il tient une place indispensable et quasiment satisfaisante dans la communication humaine. En en faisant usage, que ce soit pour détendre le patient, soulager les tensions ou faire passer un message, le rire peut se manifester amplement dans les moments d'humour et joyeux comme dans ceux à caractères tragiques. C'est pourquoi les chercheurs n'arrêtent pas d'étudier et de réfléchir sur l'humour en tissant un lien avec l'évolution des processus de soins de santé du patient dans plusieurs cas : ses effets, ses mécanismes d'action, de production, ses buts et enfin ses utilités dans la médecine. Le rire est bien analysé par certains sociologues, anthropologues, philosophes, dramaturges, poètes et même par des psychologues, mais chacun d'eux essaie de le définir selon son domaine d'intervention. La seule chose positive à retenir de ces réflexions est que le rire est lié au développement psychique et physique de l'être humain et de ses comportements. Ces recherches ont été exploitées chez des malades, des professionnels soignants et des usagers. Le rire est jugé bénéfique tant pour le soignant que pour le soigné avec un impact psychologique et physiologique. La psycho-neuro-immunologie s'investit dans cette recherche depuis quelques années sur les résultats des émotions enregistrées par le système nerveux ainsi que sur tout le corps. Les résultats démontrent que le rire a des effets positifs et des répercussions sur les dimensions physiologiques de l'homme.

Pour mener à bien les expérimentations d'humour à l'hôpital, le comédien doit évaluer certaines conditions liées au malade qui encouragent ou qui restreignent l'usage du rire durant son séjour au sein de l'établissement. Par exemple une personne dotée du sens de l'humour : il est analysé que le rire peut lui être bénéfique. Il est prouvé que l'humour est important dans la vie générale d'une personne, qu'il aide son épanouissement et son changement de comportements, mais aussi lorsqu'il rencontre des difficultés de discernement. L'artiste peut avoir comme sujet d'étude un patient qui souffre de timidité ou de peur chronique, le rire peut constituer un moyen de communication efficace pour l'aborder. Certains infirmiers constatent que l'humour ou le rire sont importants pour le malade quel que soit le sexe. *« Les croyances des patients, quant à l'humour, semblent plaider en faveur de son utilisation. L'étude descriptive de Schmitt (1990) porte sur la perception de trente-cinq patients d'un centre de réadaptation quant aux effets du rire sur l'humeur du patient, sur l'infirmière et sur leur réhabilitation. La majorité des patients ayant répondu au questionnaire, de type Lickert et composé de vingt items, trouve que l'expérience du rire est bénéfique et appropriée pour eux-mêmes et leurs soignants, dans un hôpital de réhabilitation. »*

⁷³² *Ibid.*, p. 3-4.

Bien que les qualités métrologiques de l'outil ne soient pas présentées, il ressort, en ce qui concerne plus spécifiquement l'infirmière, qu'une majorité de patients sont en accord avec les énoncés suivants : une infirmière qui rit avec ses patients aide ceux-ci à se sentir mieux et une infirmière devrait rire plus avec ses patients. Plusieurs patients verbalisent aussi leur appréciation de l'utilisation de l'humour et de blagues dans leurs interactions avec l'infirmière (Fosbinder, 1994 ; McCabe, 2004). L'étude de Jarrett & Payne (2000) souligne qu'une atmosphère joyeuse, positive et constructive d'une salle d'hôpital est appréciée par les patients au sein d'un département d'oncologie. »⁷³³

Les conditions d'utilisation de l'humour sont liées à l'état de la personne étudiée : cas critique lié à son état physique, cas d'anxiété ou de stress très élevé, cas psychotique et cas de douleur très intense. Dans ces cas, le rire peut être inapproprié, sauf si le malade fait lui-même preuve d'humour. Il faut aussi tenir compte d'éventuels aspects culturels différents entre les personnes. Il est dangereux de glisser des propos insignifiants sur la valeur culturelle de l'une ou de l'autre, que ce soit chez l'artiste, l'infirmier ou le malade. L'idée la plus appréciée chez les artistes est celle qui favorise une réflexion intéressante sur le rire dans le processus de soins du patient en examinant la culture de chacun avant d'avoir recours à l'humour.

Hélène Patenaude, Professeur agrégée à la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, Québec, Canada et Louise Hamelin Brabant, Professeur adjoint à la faculté des sciences infirmières de cette même Université, ont expliqué que : « *L'utilisation de l'humour auprès des patients nécessite du discernement et est conditionnée par des expressions comme "cela dépend du patient" ou "cela dépend de la situation" (Lawler, 1991). Certaines situations présentent des caractéristiques qui peuvent inciter à utiliser l'humour pour diminuer la gêne des deux parties et dans certains cas, à maintenir un contrôle social. Le contexte des unités de soins et certains obstacles peuvent faire varier la fréquence d'utilisation et les partenaires.*

Si la situation est difficile, embarrassante, gênante, l'humour aide l'infirmière, le patient ou les deux à y faire face, et devient une forme de soutien au patient. »⁷³⁴

Le but de mener une telle réflexion est d'exploiter autant ce que l'infirmier sait que de l'observer dans la relation soignant/soigné. Ces Professeurs développent encore plus les conditions de l'utilisation de l'humour chez les infirmiers envers leurs patients en expliquant que : « *Parmi l'ensemble des résultats, on retrouve une section portant sur l'utilisation de l'humour. Pour arriver à gérer un événement inhabituel et embarrassant, Lawler (2002) observe que les infirmières prennent un air détaché et utilisent souvent l'humour, conjointement avec d'autres méthodes, pour minimiser la gêne potentielle, diminuer l'embarras et dédramatiser la situation particulièrement dans des contextes où le patient est incapable de contrôler ce qui se passe en raison d'un processus pathologique. Ceci permet de gérer des situations par rapport à leurs propres sentiments et vise parfois à protéger ceux du patient. C'est une façon de retrouver son sang-froid qui peut être utilisée comme alternative à la gêne. Parfois, c'est le patient qui fait comprendre que l'humour est une façon de gérer*

⁷³³ Hélène PATENAUDE, Louise HAMELIN-BRABANT, « *L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature* », Recherche en soins infirmiers 2006/2, n°85, p. 36-45. p. 5.

⁷³⁴ *Ibid.*

certaines situations ; dans ce cas, il est relativement facile pour l'infirmière de le partager avec lui (Lawler, 2002). »⁷³⁵

Quelques obstacles peuvent surgir dans cette relation lorsque le personnel soignant ne maîtrise pas la situation ou lorsqu'il ignore le besoin ou l'identité de la personne soignée. *« L'embarras peut être présent chez le professionnel et l'humour peut parfois servir d'écran évitant ainsi de reconnaître, à la personne soignée, ses besoins. C'est l'analyse soumise par Bauer (1999) dans son étude phénoménologique auprès de cinq infirmières qui utilisent l'humour en regard de la sexualité de personnes âgées en résidence. L'humour est alors utilisé pour exprimer la désapprobation de comportements et sert de contrôle social à ces comportements. L'humour vise ainsi à atteindre la conformité en sanctionnant le comportement d'une personne. Dans ce contexte, l'humour servirait de mécanisme par lequel on essaie d'atteindre un consensus de valeurs en refusant aux personnes âgées la liberté de leur expression sexuelle. C'est l'unique étude recensée dans laquelle les résultats indiquent que l'humour est utilisé comme moyen de contrôle social. »⁷³⁶*

Il existe encore d'autres études qui montrent que le contexte de l'unité de soins domine la fréquence de l'usage du rire et de l'humour. *« Le contexte de l'unité de soins peut influencer la fréquence de l'utilisation de l'humour. Robinson (1991) souligne que si le stress est peu élevé dans une unité de soins comme dans une unité d'obstétrique ou de médecine, alors l'humour intervient plus fréquemment entre le patient et l'infirmière. Par contre, si le stress est élevé comme dans une unité de soins intensifs, à l'urgence ou en salle d'opération, alors l'humour survient plus entre les professionnels. »⁷³⁷*

Plusieurs scientifiques comme Thornton et White (1999)⁷³⁸ expliquent dans certaines de leurs analyses que les malades et surtout les enfants en soins intensifs apparaissent plus stressés que d'autres. Il semble que leurs émotions et/ou leurs sentiments soient plus visibles et qu'ils peinent à cacher leur stress.

Avec les personnes d'origines étrangères, il peut y avoir un décalage de langage, d'expression ou de culture entre soignant et soigné. *« Parents et enfants peuvent bénéficier de l'humour, mais les infirmières participantes de l'étude sentent qu'une plus grande sensibilité à leur égard est requise.*

Selon Robinson (1991), les situations de soins en milieu hospitalier peuvent souvent posséder des caractéristiques qui sont des obstacles potentiels à l'utilisation de l'humour tels que le fait que patients et professionnels soient des étrangers ; qu'il y ait peu de temps d'interactions sans savoir s'il y aura continuité, un environnement avec des règles sociales différentes, des soins critiques et la présence de tension.

D'autres barrières sont relevées par Isola & Astedt-Kurki (1997) : lorsque le travail des infirmières est orienté vers les tâches, le manque de temps, la difficulté d'entendre et de parler. Astedt-Kurki & Liukkonen (1994) ajoutent comme obstacles majeurs : l'absence d'humour chez l'infirmière, ne pas connaître suffisamment le patient, un patient très sérieux, lorsque l'infirmière a peu d'expérience et se concentre sur les tâches de base ou si elle est étudiante stagiaire. »⁷³⁹

⁷³⁵ Ibid.

⁷³⁶ Ibid.

⁷³⁷ Ibid.

⁷³⁸ Ibid.

⁷³⁹ Ibid.

2) La colère

Les artistes traitent la colère en faisant référence à la définition donnée ou utilisée par plusieurs scientifiques disant qu'elle est une émotion vive généralement caractérisée par un sentiment de haine, de cruauté, de violence ou de rage intérieure qui fait souffrir les corps, le mental et le physique qui montent crescendo. En principe, cette colère est attachée à un élément déclencheur précis. Elle dépend d'une situation parfois interne, sans manifestation ou bien elle s'extériorise par des signes physiques tels que des gestes, des cris, des larmes, des stress, des actes barbares ou des pleurs. Tous ces agissements perturbent l'espace psychologique de base de l'individu qui en souffre ou qui la subit.

Les psychologues la définissent comme des exaltations, des inspirations agressives de l'humeur accompagnées par une perte de contrôle émotionnel et de maîtrise de soi suivie de troubles neuro-végétatifs. Dans les ateliers théâtre, le comédien-patient peut être étudié à travers les différentes attitudes de colères pathologiques qui peuvent être disproportionnées, répétitives, violentes et parfois gratuites chez les gens qui ont des personnalités ou des caractères impulsifs et explosifs, comme chez certains alcooliques chroniques et des personnes souffrant de colères épileptiques. La fureur est souvent le degré extrême de la colère chez l'homme.

Ce niveau de perte de contrôle de l'agressivité ou de la colère peut gagner la voie de la diminution ou de la disparition chez les personnes anxieuses, arriérées ou toutes personnes souffrant d'une forte sénilité, d'affaiblissements du corps et de l'esprit ou de démence.

Le législateur a essayé de mettre de l'ordre et d'installer la sécurité dans la société en permettant à la justice de sanctionner tout auteur d'une violation des normes de la loi selon les sanctions ou les barèmes préétablis. C'est là où le droit pénal français a établi très rapidement la notion de responsabilité pénale afin de réprimer le délinquant, le malfaiteur et de lui appliquer une peine individualisée. Lors de l'instruction, tous les éléments de la constitution de l'infraction doivent être réunis et avoir donné un résultat nuisible, mais il peut y avoir des circonstances qui n'engagent pas la responsabilité pénale. Par exemple, lors des faits, la personne était privée de son intelligence ou bien elle a agi sous l'emprise d'une contrainte irrésistible. C'est dans ce sens qu'apparaît la couverture appelée cause de non-culpabilité. Ainsi, s'ajoute une troisième notion admise par la jurisprudence, la distinction entre l'erreur de fait et celle de droit. L'article 122-1 du Code pénal précise très clairement que : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.*

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le

justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état. »⁷⁴⁰

Dans les causes de non-culpabilité, il y a le trouble mental appelé la démence, c'est une des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité de l'auteur. Sous cet angle, il y a différentes branches de démence : imbécillité, idiotie ou crétinisme. Il y a encore d'autres états proches de la démence comme la folie intermittente ou partielle, l'hypnose ou l'épilepsie, l'alcoolisme ou la kleptomanie ou tout simplement l'usage des stupéfiants. L'engagement de la procédure comporte plusieurs étapes : l'expertise, la constatation des faits, l'acquiescement ou la relaxe ou la remise à l'autorité administrative pour placement. L'article 122-2 du Code pénal énonce que : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister.* »⁷⁴¹

À cela, la jurisprudence ajoute l'erreur de fait portant sur l'élément constitutif de l'infraction intentionnelle, comme dans le cas d'une personne qui voulait tuer X et qui a tué Y par erreur de ressemblance ou par le fait qu'il portait le même prénom ou encore le cas d'une personne auteur d'un détournement d'un mineur sans violence, mais qui s'est trompée sur l'âge de la victime. La jurisprudence atténue l'erreur de droit – même si nul n'est censé ignorer la loi –, si la personne s'est trompée sur l'interprétation du texte, ignorant que la loi réprime un tel acte ou, par exemple, l'existence d'un arrêté préfectoral. Toutefois, ces atténuations sont rarement appliquées, l'erreur de droit qui fréquemment s'applique est celle de l'ignorance d'un nouveau texte. L'article 122-3 du Code pénal indique que : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui justifie avoir cru, par une erreur sur le droit, qu'elle n'était pas en mesure d'éviter, pouvoir légitimement accomplir l'acte.* »⁷⁴²

La colère et la passion ne sont point une cause de non-culpabilité ou d'atténuation, car l'homme est jugé capable de pouvoir dominer ses émotions et de rester maître de soi. Mais la colère a un effet légal plus reconnu et est peut-être mieux acceptée en termes d'excuse que la passion. Raison pour laquelle les artistes cherchent à travailler sur la gestion de la colère de chacun des participants pour éviter ou pour diminuer les actes de barbarie répétitifs, surtout pour éviter la récurrence des délinquants. Cette colère a été expérimentée sur scène dans la pièce *Conflit entre générations*⁷⁴³ écrite aux Comores et jouée à plusieurs reprises sur la scène de l'Université des Comores en 2012 et publiée en France en 2014. Le dramaturge démontre dans sa pièce comment l'avocat du présumé coupable a défendu sa cliente en mettant l'accent sur son état mental : « *Maître EZIR : [...] Monsieur le Président, si vous me permettez de vous exposer ces analyses, d'après le certificat médical du Docteur OMAR Ahmed Youssouf, il nous présente un cas très compliqué pour ma cliente. D'après lui, elle a été frappée d'une incapacité mentale lors du dégât. La prévenue a été contrainte par une force à laquelle elle n'a pas pu résister. L'expression "contraint par une force à laquelle elle n'a pas pu résister" signifie qu'une circonstance s'est opposée au libre exercice de la vérité. De cela, il n'y a ni crime ni délit lorsque la prévenue a été contrainte par une force à laquelle elle n'a pas pu résister.*

Monsieur le Président, du côté de ma cliente, la contrainte s'est présentée du côté mental. C'est la contrainte morale. L'origine est interne, il résulte d'un état passionnel.

⁷⁴⁰ Code pénal, 110^e édition, éd. Dalloz, 2013.

⁷⁴¹ *Ibid.*

⁷⁴² *Ibid.*

⁷⁴³ Hassani Mzé Hamadi AHAMED YOUSOUF, « *Conflit entre générations* », *op. cit.*

Madame la Loi ne punit pas une femme qui tue son mari sous l'empire de la jalousie, de la haine et même de la colère. Et voilà, c'est justement envers la jalousie que ma cliente a réagi.

Monsieur le Président, si ma mémoire est bonne, les cours du droit pénal spécial en quatrième année à l'université donnent une échelle des causes de non-culpabilité dont la contrainte fait le deuxième niveau à l'énumération après la démence. »⁷⁴⁴

Le Code pénal français précise un peu plus dans son article 122-2 que : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pas pu résister.* »⁷⁴⁵

a) La gestion de la colère

Comme disent les artistes, il est facile de chercher à réprimer des émotions comme la colère, le stress, le trac et la tristesse ou le rire qui finit par la colère, pour ne pas se laisser emporter par elles. Ils cherchent avec des techniques artistiques appropriées à réguler les émotions des patients plutôt qu'à les éliminer ou à les étouffer. En revanche, il est quasiment impossible de contrôler totalement les émotions, il est donc conseillé de faire en sorte d'arriver à utiliser la force tant morale que physique pour stabiliser les émotions comme la colère sans se laisser emporter ou dominer par elle. Il faut comprendre que l'être humain ne peut pas ressentir de la colère sans que ses deux corps ne soient touchés ou infectés. L'homme est mentalement bien équipé par un programme établi en série des réactivités émotionnelles, il n'est pas éduqué à avoir peur, il est plutôt capable de détecter par sa nature tout événement déclenchant de quoi avoir peur ou susceptible de le mettre en colère. Lorsqu'il est devant l'événement, le déclenchement de l'émotion, qu'elle soit physique ou morale, est automatique, mais seul le fait de provoquer un élément régulateur ou de gestion de colère est sous contrôle proportionnel à la volonté humaine. C'est dans ce sens qu'apparaît une forme d'éthique émotionnelle conditionnée par l'intelligence humaine, préverbale d'une part, et, d'autre part, préconsciente. Dans chaque corps, il y a des structures préparées à agir et à donner des réponses avec des interventions automatiques et adaptatives pour chaque cas.

La plupart des études faites sur la colère montrent que la valeur ou le taux des éléments acteurs de déclenchement de la colère sont innés et sont universels : hontes, angoisses, stress et tristesse et autres, mais la gestion de ces facteurs diffère pour chacun par la capacité de maîtrise de soi. Un exercice est fréquemment utilisé dans les assises théâtrales : le patient est au centre d'un cercle formé par d'autres patients, le sujet cherche à sortir du cercle et les autres lui ferment le passage pour éviter qu'il sorte du cercle. Il y a plusieurs objets éparpillés au sein de ce cercle, le patient a pris un journal pour le lire ; un autre patient l'a déchiré, il avait une bouteille d'eau à la main : l'eau s'est renversée ; il voulait s'asseoir : la chaise est retirée. Il a subi plusieurs agressions et rejets pour l'inciter à la colère et voir sa manière de gérer ses émotions et leurs conséquences.

Les artistes conseillaient leurs patients avant qu'ils entrent dans le cercle, afin qu'ils aient des stratégies spontanées permettant de déclencher la faculté de gestion par rapport aux éventuels états émotionnels désagréables : être capable de penser à autre chose, de s'approcher d'une autre personne pour ouvrir le dialogue, de faire des mouvements de

⁷⁴⁴ *Ibid.*, p. 89, s.

⁷⁴⁵ Code pénal, 110^e édition, éd. Dalloz, 2013.

relaxation, de contrôler leur souffle et leur gestion respiratoire, de ne pas répondre aux questions déplaisantes, de ne pas insister pour forcer le passage, de détecter une personne sensible et capable de les écouter et, enfin, de contrôler leur émotion colérique à tout moment.

D'autres artistes suggèrent à la personne faisant l'objet d'étude de lancer des cris comme le seul moyen efficace de refouler la colère. Cette production de cris est estimée très efficace et elle est appelée « *la thérapie de la vidange émotionnelle* ». Autrement dit, un individu peut vider sa colère en se défoulant verbalement en criant ou, physiquement, en frappant des ballons. Il y a ceux qui tapent les murs, mais ce moyen est déconseillé puisqu'il est très dangereux. La méthode consistant à se tourner vers un autre sujet ou à penser à autre chose s'avère très positive en cas d'expression émotionnelle minime et régulière. Mais la majorité des thérapeutes recommandent d'adopter spontanément un comportement de gestion des émotions qui favorise la stratégie de détours.

Il y a des patients qui retrouvent la confiance en soi et qui n'ont pas besoin de prendre des médicaments pour lutter contre la colère, par exemple des antidépresseurs dits inhibiteurs, des antipaniques ou des anxiolytiques. Mais d'autres ont recours aux médicaments pour accompagner ou aider leurs exercices artistiques et traitements hépatiques.

Pour mieux gérer la colère, le patient doit pratiquer des exercices cognitifs plus adaptés, car la gestion de la colère est fortement liée au système cognitif. Il faut lui assurer des entraînements aux techniques ou aux styles de médiations conformes à un modèle de pleine conscience le rendant capable de juger l'événement, d'anticiper sa réaction avant la colère et d'éradiquer cette dernière. À défaut de pouvoir agir, il est conseillé au patient de garder une attitude d'observation neutre vis-à-vis de sa situation émotionnelle et de chercher à agir au fur et à mesure.

b) La peur du patient : conséquence des réactions émotionnelles

Avant de parler des conséquences des réactions émotionnelles du malade, il est indispensable, dans cette dimension psychologique de la relation entre médecin et patient, d'examiner la personnalité du médecin. Il existe dans cette phase de communication des obstacles personnels liés à la peur de la mort. Cette inquiétude affecte beaucoup plus les jeunes étudiants en médecine. La plupart d'eux ont cette peur depuis leur entrée à l'université, une forte anxiété de la mort, mais cette peur perd de l'intensité au fur et à mesure qu'ils accèdent à des niveaux supérieurs. En revanche, leur peur change de figure et elle est plus élevée que celle du reste de la population. Il s'agit d'une part, de la peur, de l'anxiété touchant à leur propre mort qu'ils affrontent tous les jours indirectement à travers la mort de leurs malades et, d'autre part, la peur de perdre un patient sous leurs yeux. L'accompagnement artistique des patients est aussi utile aux médecins pour les aider à décompresser, à diminuer leur peur afin de mieux gérer leurs émotions. Il est donc un moyen d'asphyxier peu à peu la colère mentale et de faire disparaître la colère physique des patients mais aussi de diminuer l'anxiété des médecins.

Chaque jour, ceux-ci affrontent une nouvelle forme de peur comme celle d'être désapprouvés ou d'être blâmés par les familles pour avoir soit inquiété soit quelquefois déstabilisé un malade pendant un entretien préliminaire. La majorité des médecins affirment, lors des ateliers, qu'ils subissent fréquemment la colère déplacée de membres des familles ou

de proches qui cherchent à se désengager de toute responsabilité en les accusant de maltraitance ou de non-surveillance ou de traitement inadéquat. Les professionnels théâtraux prennent le relais pour expliquer aux participants que les médecins ont une surresponsabilité et que les usagers doivent comprendre que ce n'est pas facile de gérer tant de patients avec des dispositions différentes. Ils utilisent beaucoup de moyens technologiques et ils mettent l'accent sur les capacités de guérison en employant les principes suivants : il faut toujours consoler le patient, soulager souvent ses peines pour guérir parfois ses maladies et enfin l'accompagner dans sa réinsertion sociale. Les médecins vivent sous la pression de vouloir sauver la vie des malades à tout prix mais ils subissent la culpabilité de ne pouvoir le faire sous les effets des certaines circonstances.

Souvent les médecins souffrent dans leur coin en vivant avec une extrême pudeur leurs émotions propres déclenchées par celles des patients. La peur des réactions émotionnelles est liée au manque de temps et de confort qui initient des rejets ou des comportements qu'ils ne sont pas en mesure de maîtriser. C'est dans ce contexte qu'ils ont peur de demander à un patient, par exemple, s'il a déjà pensé, même une fois, à se suicider, par peur de sa réaction.

La peur des patients crée ou a pour conséquence la mise en place d'un mécanisme de réaction ou de défense leur permettant de s'adapter ou de faire face à une réalité nouvelle comme un événement stressant, une angoisse, une colère ou un traumatisme. Ils développent en série des réactions leur permettant d'agir contre. La réaction la plus conséquente est que le patient noue au fond de lui-même une peur de s'engager dans le processus de ses soins et préfère rester avec ses souffrances et les enfouir, soit parce qu'il est mal informé, mal soigné, soit parce qu'il a repéré chez le médecin des indices manifestes et très flagrants lui faisant peur. Il préfère rester avec ses douleurs par peur et colère. Il est évident que le malade cherche les petits détails pour justifier sa peur et son angoisse : par exemple, cibler sa peur sur une réalité nouvelle pour justifier la douleur de la maladie en transférant ses angoisses vers un élément subjectif – tel qu'il n'évoque de son anxiété que des effets secondaires, soit des traitements envisagés, soit des symptômes très minimes, sans pour autant évoquer la vraie maladie dont il souffre.

Il est quelquefois immergé dans une autre forme de peur liée à la pratique de soins appelée rites obsessionnels. Ici, étant maître de sa maladie, il va d'une manière précise et obsessionnelle s'attacher à des rites comme celui de respecter scrupuleusement l'ensemble des prescriptions données par le médecin et de contrôler rigoureusement chaque détail de l'évolution de sa maladie pour veiller à chaque changement tout en gardant l'idée que cette surveillance a une conséquence directe pour la guérison. S'il ne se met pas dans une démarche d'activité théâtrale et culturelle pour se motiver et pour masquer ses angoisses, le patient souffrant de la peur peut développer des régressions qui risquent de l'amener à un repli sur lui-même ou sur certaines parties de ses symptômes pour solliciter une prise en charge de modèle parental ; c'est-à-dire qu'il n'est plus en mesure de se contrôler et de s'investir dans la lutte active contre ses douleurs, ses colères et sa maladie. Ces conséquences peuvent évoluer en mettant en colère le malade d'une manière permanente et le conduisant à agir de façon agressive et revendicative. Il garde une image négative envers les médecins et les attaque agressivement de façon paranoïaque, s'en prend à sa famille et à ses proches en déversant sa rancœur, son amertume et son ressentiment. Pour renforcer le mécanisme de défense du patient, les artistes prévoient face à cette douleur et souffrance psychique et pour en contrôler

les symptômes, de mettre en place un dispositif d'accompagnement dans un environnement couvert par des activités théâtrales et culturelles pour le préserver de la nouvelle réalité qu'est la douleur intense et favoriser son implication aux soins.

Comment l'artiste peut-il identifier la douleur ou savoir en quoi consiste la peur ressentie par l'autre ? Le seul fait d'entendre que ce dernier ressent de la peur ou qu'il a de la douleur suffit-il à tout comprendre ou cela témoigne-t-il d'une vérité énonciative de sa part ? Comment faire comprendre au patient que la peur est minime et qu'il est possible d'envisager une solution ? Existe-t-il un moyen d'influencer le patient pour lui donner confiance en son médecin ? Cette relation qui demande beaucoup de confiance ne peut-elle pas être comparée à un pari pour les deux parties ?

Toutes ces questions perturbent le patient et augmentent sa peur, surtout quand il pense à la douleur après l'intervention chirurgicale, par exemple, c'est-à-dire qu'il a peur du réveil et de la souffrance ou de la douleur postopératoire. Certains patients évoquent la perte de mémoire. C'est justement par là que l'artiste doit commencer à étudier la conscience du sujet quand il dit : « *J'ai peur.* » Il doit examiner le patient dans ce qu'il dit, puisqu'au fond il y a aussi ce qu'il pense. Dans « *j'ai peur* », il y a « *je pense.* » Il faut donc chercher à donner une réponse à ses angoisses avant de l'engager dans les soins puisqu'il y a un facteur caché dans ses pensées et que son consentement a une portée juridique. Il s'agit du droit à être informé et à être rassuré avant toute intervention. Apparaît donc la notion de responsabilité déjà étudiée dans les chapitres précédents.

La peur du patient est parfois très compliquée puisqu'elle dépasse le cadre médical, allant de « *J'ai peur, dois-je me laisser faire opérer ?* », à une autre forme de peur, par exemple celle qui se soucie de sa famille : « *J'ai peur, que va-t-il arriver à mes enfants ?* », ou « *J'ai peur de perdre mon couple.* » Comment peut-il donner des réponses à ce genre de questions qui dépassent le cadre de soins médicaux. « *La théorie des moralistes de "l'amour propre" stipule une présence matérielle du Moi dans toutes les consciences. Sartre dénonce cette erreur psychologique des moralistes pour lesquels le retour au Moi serait constitutif de toute conscience. Et Sartre argumenter avec l'exemple suivant : "J'ai pitié de Pierre et je lui porte secours." Pour ma conscience, nous explique-t-il, une seule chose existe à ce moment, Pierre devant être secouru ! Et de commenter : "C'est le désir, Moi désirant, qui est donné comme fin et l'objet désiré qui est moyen." Et d'assener : la définition du réfléchi n'est-elle pas d'être posée par une conscience ? On aura compris que pour Sartre, la spontanéité des consciences ne saurait émaner du jeu. L'analyse phénoménologique sartrienne de ce "j'ai peur pour autrui", ressortit à une forme de transcendance de l'ego et cette forme de dire se rapproche de celle de Levinas.* »⁷⁴⁶

Il est remarquable que le malade axe sa peur sur les conséquences de sa mort envers ses proches et ses responsabilités. Il y a ceux qui font semblant de ne pas avoir peur et disent : « *Je n'ai pas peur, mais mon conjoint en étant malade ne peut plus rester seul.* » Là, le patient sous-entend le renvoi de son conjoint dans une maison de retraite et il a peur qu'il meure seul là-bas. Il est clair qu'il ne sera pas responsable de la mort d'autrui, mais c'est la peur de perdre un proche : « *J'ai peur pour lui* », « *J'ai peur de passer de l'autre côté et de les laisser seuls sans moi.* » La manifestation de l'émotion du sujet en exercice médical montre que « *le*

⁷⁴⁶ Jean-Pierre GRAFTIEAUX, « *Les deux consciences : de l'étant-humain à l'Être et retour* ». Philosophie. Université Paris-Est, 2009. French. <NNT : 2009PEST1009>. <tel-00503853>, p. 175.

désarroi atteint l'homme lorsqu'il se trouve pour la première fois dépendant de son corps. Il ressent une impression d'être à la merci de. Il ressent une cassure dans son existence. Lui échoit alors le temps du recul : se retournant sur sa vie, il observe maintenant en spectateur la façon quasi mécanique dont elle s'est déroulée, la manière dont il en fut l'acteur à défaut d'en avoir été l'auteur. Quel hasard que sa vie ! Et d'éprouver un étrange sentiment d'avoir vécu dans un conformisme anonyme, sous la dictature d'un "on". L'heure venue de l'intervention, il a maintenant clairement conscience qu'encore une fois, il ne maîtrise pas son avenir. Et de croiser pour la première fois l'idée de la mort. "Il ne s'agit pas des autres, mais de moi !" me dit cette infirmière. Elle qui côtoyait professionnellement la maladie et la mort se trouve à son tour confrontée à pareille échéance. Mais son expérience de la mort n'avait été que celle d'une spectatrice de la mort, protégée de celle-ci justement par le mourant, lequel jouissait du statut d'être le seul mortel de l'affaire et d'emporter la mort avec lui dans sa tombe. »⁷⁴⁷

Dans les conséquences directes du « j'ai peur », il y a la notion cartésienne qui dérive de « j'existe », c'est-à-dire, « j'ai peur » donc « j'existe », mais cela laisse croire au patient que « j'existe » parce que « j'ai peur ». C'est une des raisons pour laquelle il ne veut pas mourir : il veut exister. Dans la philosophie de « cogito ergo sum » ou « je pense donc je suis », comme disait Descartes, il subsiste un sentiment de crainte comme : « J'ai peur, donc, je-suis-à-mourir. »⁷⁴⁸ Cette réflexion est aussi développée et affirmée par d'autres penseurs comme Hegel. Le chercheur Jean-Pierre Graftieux expliquait qu'« une affirmation reprise par Hegel : "l'être est affirmation de la pensée qui se produit elle-même ; l'être est identique à la pensée, à savoir à ce qu'elle énonce elle-même." Hegel fait de la réalité, la rationalité : la pensée est unifiée avec l'être. Dès lors, l'homme accède à son Être en le pensant et découvre sa structure temporelle, sa facticité. Se sachant mortel, l'homme pense le néant comme possible et sa pensée l'arrache au monde sensible pour l'introduire dans le monde suprasensible ou métaphysique. Être angoissé, c'est avoir la mort dans l'âme. À l'origine de cette angoisse un sentiment de dérégulation pour Heidegger. La maladie peut être une manifestation ontique d'une présence de l'Être révélé par la présence de la maladie : "Je suis malade." "Quelle est mon existence, lorsque je suis en phénomène off, je suis littéralement un objet" nous explique ce patient parkinsonien, lequel nous apprend qu'on n'a pas la maladie de Parkinson, mais qu'on est parkinsonien. En période off, le patient s'identifie, son corps devenu inerte, à son mal tant redouté, mais dont il fait l'expérience quotidiennement : celui d'être devenu une simple chose. »⁷⁴⁹

L'important pour le patient ce n'est pas de savoir s'il existe ou pas, mais plutôt de le rassurer par une grande détermination de compassion et de pitié pour mieux engager une ouverture envers lui. C'est un fondement d'éthique suffisant pour accompagner le malade et prendre en compte ce qui ruine sa santé, pour éviter l'égoïsme et enfin pour se rendre sensible à l'autre. « [...], il faut en appeler à un impératif d'obligation morale qui ne peut trouver sa source que dans une nécessaire structure de l'étant humain, co-extensive à notre existence et ressortissant d'un domaine ontologique. Le passage à la morale demande un saut de l'inquiétude à l'inquiétude et de distinguer dès lors impérativement l'inquiétude de l'in-

⁷⁴⁷ Ibid., p. 176.

⁷⁴⁸ Ibid., p. 177.

⁷⁴⁹ Ibid., p. 177 et s.

quiétude. Celle-ci s'oppose à la quiétude, laquelle en soi semble essentiellement sereine, imperturbable, ataraxique. Mais s'il s'avère au contraire que cette quiétude peut être traversée, transie par l'inquiétude, alors la notion prend une toute nouvelle dimension, notamment acquiert une valence morale. L'inquiétude, transformée en in-quiétude devient alors de fait la racine ontologique de l'angoisse existentielle et engage l'étant-humain à l'exister et à être. »⁷⁵⁰

B] LE RESPECT DES VALEURS ÉMOTIONNELLES

Le respect des valeurs émotionnelles ne se résume pas dans le vécu et il n'est pas un trait distinctif de l'expression. Il peut y voir une réaction émotionnelle secrète et furtive portant des valeurs de respect émotionnelles comme le cas d'un professionnel de santé qui ressent ou qui aperçoit sur le visage du patient une expression de dignité face à la calamité ou l'adversité. Lorsque le patient fait preuve de volonté et de patience, la personne en face est contrainte d'avoir de la pitié puisque son courage la touche. Elle a tendance à penser qu'au vu de son courage, il est indispensable de lui donner du respect. C'est comme s'il forçait son respect. *« L'expérience affective du respect réactualise chez les acteurs de soin la valeur qu'ils attachent au principe d'autonomie du patient. Le respect est ce que nous ressentons quand nous percevons une grandeur morale chez une personne. Lorsque nous découvrons chez autrui des qualités morales telles que le courage, la constance de la volonté, nous avons l'intuition de la grandeur en l'être humain. C'est à cette grandeur que l'on réserve le nom de dignité de la personne. Le respect, écrit Kant, est "un tribut que l'on ne peut refuser au mérite." »⁷⁵¹* Le patient ressentira du respect émotionnel lorsque le praticien engagera une voie d'attention qui se traduit par le désir, l'attrait de l'écoute, de la prévision d'un moment de partage, de conversation dans un climat d'attente, de loyauté et de légitimité. *« Même si nous sommes soumis à des contraintes de temps, du fait de la vivacité du respect que nous éprouvons pour elle, nous sentons que nous avons le devoir de lui consacrer le temps d'un échange loyal. Le respect nous incline à vouloir la faire participer à la décision. C'est en ce sens que l'expérience du respect réveille en nous la valeur que nous attachons au principe de l'autonomie. »⁷⁵²* Il y a un élément important à retenir sur la question du respect des valeurs émotionnelles, celui-ci ne se refuse absolument pas à l'adolescent ou à l'enfant. *« Nous éprouvons de la compassion pour un enfant qui souffre, mais nous ressentons également du respect pour lui lorsque nous percevons son courage face à l'épreuve qu'il endure, la patience fataliste avec laquelle il affronte la cruauté dont le destin l'a accablé. »⁷⁵³*

Les artistes manifestent de la compassion et augmentent beaucoup leur savoir-écouter dans les ateliers-théâtre afin de rassurer les participants en leur faisant prendre conscience qu'il y a des gens qui s'intéressent à eux et qui les écoutent, dans le but de les encourager à prendre soin d'eux-mêmes et de favoriser leur réinsertion sociale et professionnelle. Chez les artistes, le jugement ou le respect des valeurs est un élément fondamental de l'art théâtral, raison pour laquelle les comédiens eux-mêmes se représentent sur scène avec les mêmes

⁷⁵⁰ *Ibid.*, p. 179.

⁷⁵¹ Pierre LE COZ, « *Ce qui rend nos décisions humaines* », philosophe, vice-président du Comité consultatif national d'éthique, Espace éthique méditerranéen, Hôpital de La Timone, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, *Revue hospitalière de France*, p. 2.

⁷⁵² *Ibid.*, p. 2 et s.

⁷⁵³ *Ibid.*

douleurs, souffrances et/ou maladies. Au patient peut être attribué le personnage du médecin pour soigner le comédien-patient. La valeur émotionnelle que retiennent les artistes est de voir comment le malade jouant le rôle du médecin va inciter le comédien-patient à suivre ses soins et prendre ses médicaments dans un premier temps et de juger son niveau de compassion dans un deuxième temps, tout en sachant que lui-même souffre de la même maladie.

1) La compassion à l'hôpital

Pourquoi les artistes font-ils usage de compassion dans leurs démarches artistiques ? Tout d'abord, parce que l'hôpital est symbolisé par la compassion. Retirer cette dernière qui donne vie à l'établissement de soins, il ne resterait que des murs bien armés de béton sans vie ni valeur médicale et médico-sociale. Le fait de ressentir la souffrance d'autrui manifeste la compassion, cette émotion est un signe actualisant l'attachement et l'affection des praticiens au principe de bienfaisance. Pourquoi la bienfaisance ? C'est parce qu'elle demeure dans la pratique médicale une valeur universelle admise comme un pilier de l'éthique médicale. C'est dans la compassion que le praticien artistique développe l'autonomie du patient et installe une attitude protectrice.

Dans la plupart des ateliers-théâtre réfléchissant sur des thématiques de santé, les malades se plaignent d'avoir eu affaire à des médecins ayant absolument manqué d'humanité, c'est-à-dire de compassion, d'affection et de bienfaisance envers tous les patients qui souffrent et qui sollicitent un accompagnement et un minimum de compréhension.

Madame J., patiente de l'Hôpital de Villejuif, se posait la question lors d'un entretien en disant : pourquoi les médecins n'expriment-ils pas des réactions d'humanité comme le font les artistes à travers leur présence, leur regard, leurs gestes et leurs animations de fraternité ? L'aide, la serviabilité et l'assistance marquent la bienfaisance du praticien face à son malade et lui facilitent la prise de décision. Il faut toujours éviter de dire au patient que « *c'est à vous de décider* » ou « *c'est à vous de voir* », il faut l'accompagner dans chaque prise de décision, c'est une marque de compassion. Ne pas marquer sa présence ou manquer au respect de l'autonomie du malade qui se sent perdu serait une manifestation d'irresponsabilité de la part du praticien de santé. La vraie compassion se traduit par de l'empathie dans l'ensemble des douleurs, des souffrances et des émotions d'autrui. La compassion ne demande pas une transmission d'émotions liées par la souffrance, ni la contamination d'affection, ni confusion des émotions, des souffrances ou des douleurs de l'autre avec les siennes. La démarche théâtrale impose la compassion comme la réaction affective jugée naturelle à la perception d'une angoisse ou d'une détresse d'autrui. Il est démontré que : « *L'expérience de la compassion déclenchée par la perception sensible de la souffrance d'autrui incline à accomplir un bien en sa faveur, à mettre en œuvre tous les moyens possibles pour apaiser sa douleur physique et lui redonner le goût de vivre. En ce sens, la vertu éthique de la compassion est de nous rendre sensibles à la valeur du principe de bienfaisance. La vraie compassion n'exclut pas le respect, bien au contraire. Elle est pudique, silencieuse, secrète. Elle ne fait pas pleurer dans les chaumières à partir de plateaux de télévision, comme c'est souvent le cas dans notre société de consommation émotionnelle.* »⁷⁵⁴

⁷⁵⁴ Ibid., p. 3.

a) Un exemple de la compassion comme pilier de la survie de l'hôpital

À l'hôpital, la compassion demande un minimum de crainte à celui qui doit porter des jugements de valeur. Cela ne nécessite pas la peur de fuir ou de se désengager, mais plutôt d'avoir un espace émotionnel accueillant le ressenti de l'autre. « *Outre l'indignation, le respect, la compassion (qui nous révèlent les valeurs telles que "la dignité", "l'autonomie", "la bienfaisance"), nous avons besoin de ressentir une émotion de crainte pour être sensibles à la valeur du principe de non-malfaisance. La non-malfaisance renvoie au souci de ne pas faire empirer une situation au motif de la réduire. Une décision se doit d'être empreinte d'une part d'appréhension pour éviter l'écueil de l'excès de confiance. La crainte n'est ni la peur ni l'épouvante qui paralysent l'action au lieu de la stimuler. Tandis que la peur nous confronte à un danger immédiat, la crainte est orientée vers l'avenir : elle est tournée vers l'imagination de ce qui pourrait survenir, d'un aléa qui serait contraire à nos attentes. L'obstination déraisonnable ou l'infection nosocomiale sont souvent perçues comme des atteintes au principe de non-malfaisance.* »⁷⁵⁵

Le comédien jouant le rôle du médecin essaie de représenter sa compassion par la crainte de l'avenir du malade en développant un mécanisme qui anticipe le pire et qui prévoit un scénario indispensable pour apporter, par ses détours, un tour favorable à l'événement préconçu. « *L'émotion de crainte nous protège d'un optimisme béat qui nous pousserait à croire un peu hâtivement que "tout va bien se passer" et à rassurer à trop bon compte notre interlocuteur. L'insouciance est la principale source de nos erreurs. La crainte nous en prémunit. Notons qu'on peut aussi éprouver la crainte d'un procès intenté par un patient. Mais bien loin d'avoir une portée éthique, une telle crainte étouffe dangereusement les émotions qui nous mettent en relation avec les principes éthiques.* »⁷⁵⁶

b) Comment annoncer la gravité d'une maladie ou un handicap à un patient ou à ses proches, le décès de celui-ci ?

Cette partie concerne les médecins ou les praticiens de santé : l'artiste informe les médecins sur la manière de communiquer une information jugée très grave avec empathie et compassion. Le médecin est fréquemment confronté à des situations où il doit annoncer une mauvaise nouvelle à la famille du malade, à sa personne de confiance ou au patient lui-même. C'est le cas d'une maladie dont les pronostics sont défavorables ou qui réclame un processus thérapeutique iatrogène, c'est le moment où il est appelé à annoncer un handicap suite à un accident ou lorsqu'il est indispensable d'annoncer le décès du patient aux membres de sa famille... ou une naissance.

Le comédien jouant le personnage du médecin opte pour un style d'allers-retours dans la salle opératoire avant de s'approcher des membres de la famille. Il reformule par des gestes et des mimiques son argumentation, il cherche des manières adaptées tant sur sa conduite que sur le plan verbal avant de s'exprimer. Il mesure l'état du malade, de ses proches et son émotion tant morale que physique. Il faut avoir de la compassion, de l'empathie dans chaque propos ou argument envisagé tout en tenant compte l'état du récepteur.

⁷⁵⁵ Ibid.

⁷⁵⁶ Ibid.

Dans cette partie, il existe une grande différence entre ce qui se passe aux États-Unis où, dans leur culture médicale, l'événement ou la mauvaise nouvelle, les diagnostics graves ou tous les pronostics mortels sont annoncés d'une manière très claire et rude et ce qui se passe en France où le respect des valeurs émotionnelles est imposé et où il est demandé de prendre plus de précaution, de temps et de peser les mots avec un choix efficace pour expliquer aux concernés, surtout lorsqu'ils présentent des signes de fragilité, de repérer les attitudes et les caractères sensibles du malade. Le vrai médecin, selon les artistes, est celui qui est capable d'utiliser l'art médical en appréciant le niveau du psychisme, de la capacité d'écouter et ou de l'adaptation du malade avant de l'informer de quoi que ce soit.

2) Les émotions des professionnels de santé ou des artistes de l'hôpital

L'hôpital, qui était seulement un lieu de soins, devient actuellement un lieu de vie où l'activité artistique sous plusieurs formes contribue de jour en jour à illuminer le quotidien des patients et des professionnels de santé par l'intermédiaire des artistes. Il reste toujours un lieu public où le libre accès à l'art dramatique ou à l'art d'une manière générale et à la culture sous la forme d'un service à valeur ajoutée, sans réglementation législative, permet aux usagers, aux praticiens et aux artistes de s'ouvrir à de nouveaux modes de manifestation d'expressions et de développer une capacité sensorielle.

Sous cet angle d'observation, le Tournesol⁷⁵⁷, se donne pour objectif, depuis 1990, d'introduire des artistes dans les centres de soins hospitaliers pour accompagner l'hospitalisation en offrant de multiples activités artistiques dans ces milieux nouvellement identifiés par l'art.

Autour des valeurs des patients et d'excellences artistiques ainsi que de l'évolution de la médecine, le Tournesol s'adapte avec son expérimentation aux conditions d'hospitalisation pour partager avec les patients et les résidents dans ces milieux de soins. Dans ses objectifs, il vise à prioriser les plus isolés et les plus démunis, il met en place un système de soutien dans les démarches de soins aux patients, de réadaptation, de réinsertion et de fin de vie. Tournesol œuvre dans quarante établissements de soins en médecine, oncologie, psychiatrie, rééducation ou gériatrie ou autres – et aide les personnes désocialisées. Il travaille avec le Samu social, le CASH de Nanterre et dans d'autres établissements d'Île-de-France, mais aussi dans toute la France pour des missions d'intervention et d'expertise.

Dans son action, il travaille dans un aspect ouvert en atelier ou en résidence de création, d'accompagnement et de suivi des patients. Il étudie les émotions des praticiens et de ses artistes en exercice d'accompagnement. Sous cet angle, deux axes intéressent un peu plus cette recherche, il s'agit de la colère et de la peur des praticiens médicaux et celui des artistes au sein des établissements de santé. Quel est le niveau de leurs émotions pendant et après leurs interventions ?

⁷⁵⁷ Tournesol, artistes à l'hôpital, est une association française créée en 1990 par Élisabeth de la Genardière. Cette association est reconnue d'intérêt général. Elle fait intervenir des artistes professionnels de chaque discipline auprès des personnes hospitalisées, tout âge et toute pathologie confondus. Elle a trois missions principales.

- Aller à la rencontre des personnes hospitalisées ou isolées.
- Développer une vie culturelle au cœur de l'hôpital.
- Accompagner les artistes et personnels de santé dans cette démarche culturelle.

a) La colère du praticien médical serait-elle une émotion interdite dans son exercice ?

Dans la plateforme des activités artistiques et dramatiques, les artistes étudient beaucoup la colère et la peur comme principales émotions au même titre que le rire, les effets de la surprise, le stress et le plaisir ainsi que les angoisses. Ces deux premières émotions ont une particularité puisqu'il a été déjà démontré que celui ou celle qui les manifeste montre une faiblesse physique et mentale.

Par exemple dans le cas d'une colère exprimée, le colérique est désapprouvé et il lui est souvent conseillé de se contrôler et de garder la maîtrise de soi. Il est parfois interpellé en conseil de discipline. Néanmoins, celui ou celle qui n'exprime pas sa colère, qui se retient, est parfois critiqué et il lui est demandé d'extérioriser sa colère, de l'exprimer même d'une autre façon. Dans les résidences de création, la colère est souvent appelée mauvaise conseillère et il faut donc l'éviter avec sagesse. La colère en tant que telle serait-elle une des grandes émotions à éviter ou interdite dans la pratique médicale et artistique ? Elle est une des émotions qui engage à la fois le corps physique et le corps mental, l'esprit, elle est généralement traduite par des marques physiques, dont le voyeur, ou toute personne proche du colérique, perçoit les effets. Par exemple : il a le visage et les mains empourprés, son aspect physique change très vite, une montée d'adrénaline, manifestation des hormones du stress, libère une énergie qui aide à la mise en action rapide. Le professionnel doit avoir une capacité de maîtrise de soi qui n'est ni suppression de la colère ni sa manifestation de façon inappropriée.

La question est de savoir d'où elle est née. Chez l'être humain, elle est née d'un sentiment colérique souvent libéré par la perception d'un cas vécu et aperçu comme injuste et jugé dévalorisant et/ou menaçant chez la victime de cette colère, avec la sensation ou l'impression d'être affecté, touché, atteint ou blessé profondément, soit par des actions ou des paroles, ainsi que des gestes blessants, injurieux et offensants. Il est de même lorsque les propos ou les comportements avancés par l'autre sont perçus naturellement en contradiction avec certains éléments fondamentaux liés à son être comme ses propres croyances ou ses valeurs sociales et familiales.

Le professionnel, que ce soit le comédien ou le praticien médical en exercice médical ou dramatique, touché par un patient tenant des propos indignes, incorrects et malpolis, ne doit pas exprimer sa colère en présence de ses soignés, mais il doit quand même l'extérioriser. Pourquoi extérioriser sa colère ? Quelle est sa fonction ? Quels sont ses effets sur la personne dont la colère est exprimée ?

Il est évident que la colère aide le colérique à se défendre contre toutes formes de sentiments d'intimidation, de chantage ou de menace. Le ou les corps touchés, soit celui du mental ou le physique, se préparent pour agir soit physiquement soit moralement. Il se montre prêt à se battre en cas de besoin. Lorsque la colère est extériorisée de façon brutale psychologiquement, les signes perçus de l'extérieur interpellent l'autre sur le fait qu'une mauvaise appréciation est identifiée soit verbalement soit physiquement par le cerveau de la victime de la colère. La personne en face est psychologiquement interpellée à se mettre sur ses gardes et à contrôler ses propos. Elle doit évaluer le danger auquel elle est soumise. Le rôle du comédien dans la résidence de création est de faire comprendre aux participants et aux résidents que manifester sa colère autrement en prenant une distance avec la personne soignée

permet de prendre conscience et d'être en mesure de reconnaître ses émotions et de mieux les gérer sans contrainte.

La plupart des participants ou tous les hommes respectueux se posent la question : que faire de sa colère lorsqu'elle se présente devant son prochain ? Existe-t-il des mesures à prendre dans l'immédiat ? Le théâtre reconnaît l'existence de la colère et suggère à ses participants de faire la même chose, c'est-à-dire reconnaître sa propre colère. S'affranchir de cette étape, c'est déjà quelque chose, puisque tout le monde n'arrive pas à atteindre ce point. La majorité des participants déclarent que lorsqu'ils sont en face d'une situation provocante, ils évitent ou ils font des détours pour ne pas être en colère. Ils empêchent inconsciemment leurs corps de ressentir cette émotion parce qu'ils veulent montrer une indifférence vis-à-vis de l'autre. C'est à partir de là qu'il faut travailler ses émotions puisque ces gens-là souffriront le plus. Ils ne connaîtront jamais cette colère qu'il faut éviter. Il est prouvé que cette émotion arrive à transformer l'être humain et parfois ils dissimulent leur colère sur un ton d'humour, de rire, d'ironie ou à l'inverse, d'agressivité, ou dans une attitude de repli surtout sur soi-même.

Pour éviter que cette émotion prenne la forme de la violence, de l'impulsivité ou de l'agression, il faut opter pour une voie ou un chemin qui positive le message véhiculé et garder la maîtrise de soi sans se juger supérieur à l'autre. Les exercices de cris, de respiration, de déclamation des mots, de va-et-vient sur les scènes ou les cercles de création et le partage d'informations aident la personne souffrante et victime de la colère à se retenir face à une situation jugée indécente.

Le théâtre apprend non seulement au patient, mais aussi au professionnel médical ainsi qu'au comédien professionnel, comment reconnaître sa colère, d'une part, et, d'autre part, comment l'exprimer. Il n'est pas si simple de reconnaître la présence de la colère lorsqu'elle ne s'exprime pas avec violence. Trop de colère étouffée à l'intérieur de soi provoque ou est à l'origine d'affections ou de troubles psychosomatiques. Dans la plupart des ateliers théâtre, les témoignages des médecins et des artistes prouvent que l'espérance de vie chez les femmes atteintes ou qui souffrent d'un cancer est plus grande chez celles qui travaillent en groupe pour extérioriser leur colère.

Il est conseillé, lorsqu'une personne doit affronter une situation critique véhiculant une information blessante, d'exprimer sa colère non pas par la voie ou le passage à l'acte violent, mais plutôt d'engager une expression verbale permettant de dévoiler directement à l'autre ou de lui faire savoir comment et combien il n'a pas été poli dans ses actes. Ainsi il comprendra comment il a touché l'émotion de son prochain. À l'inverse, le professionnel en charge de soins médicaux ou de procédés artistiques et dramatiques est tenu de garder en lui sa colère en face de son patient et de la manifester après son intervention soit en travaillant seul sur sa colère soit en travaillant en équipe pour chercher une solution favorable. Cette deuxième possibilité est jugée préférable. Il faut donc en parler en équipe et prévoir des actions de lutte contre la colère ensemble, permettant d'y faire face soit individuellement soit collectivement. Ils doivent considérer dans leurs expérimentations les insultes, les propos malpolis ou racistes, les gifles et les agressions des patients comme des indices favorisant le développement de soi et la gestion de leur colère.

b) Comment extraire la peur ?

Au fond de chacun, la peur existe, que ce soit en petites ou grandes quantités. C'est par cette peur que l'individu se voit limité dans ses actes ou dans ses faits. Certains artistes et chercheurs démontrent que l'écrit atténue ou diminue les différents obstacles, comme la peur et le stress. D'autres favorisent l'exercice théâtral comme moyen très efficace pour éluder la peur en soi. Comment extraire la peur qui gêne et qui paralyse le corps de ces deux professionnels œuvrant à l'hôpital ? Cette peur s'identifie dans plusieurs cas, par exemple lorsque la personne se pose des questions en se mettant en doute : « *Je suis sûre que je ne vais pas y arriver. Je vais avoir un trou de mémoire* », « *Je me sens stressé. Je n'arriverai pas à le faire* », « *J'ai les mains qui tremblent* » ou « *Il est plus fort ou il est plus intelligent que moi* ». C'est encore le cas lorsque la personne se répète à plusieurs reprises les mêmes phrases par jour ou lorsqu'elle s'imagine être en train de perdre, elle n'a plus de confiance en soi. Lorsque le praticien médical a peur d'engager la voie de l'intervention chirurgicale par exemple, par défaut de volonté, il est indispensable de lui faire changer d'état d'esprit, mais c'est facile à dire. Que faire alors ? Il y a une méthode très simple à mettre en place qui peut l'aider : certains se mettent directement à écrire, à peindre, à réciter des textes en les prononçant à voix haute, et quand ils sont bloqués par une phrase qui paraît compliquée, cela ressemble à la peur qui trouble l'esprit. Il faut alors détruire le papier déjà rempli ou le brûler, certaines personnes l'enterrent dans un jardin, ce qui est un symbole d'éloignement et permet d'évacuer les mauvaises idées qui affectent l'esprit.

Le pouvoir de la parole, le fait de parler à haute voix, permet en effet de faire diminuer les peurs mentales ou physiques. C'est une des raisons pour lesquelles est important d'aller voir un psychothérapeute pour parler et pour extérioriser ses émotions. Pour diminuer la peur de parler, il faut essayer de prendre la parole dans les milieux publics et oser le faire face au public. Il faut acquérir une gestion du souffle, inspiration et respiration. Par ailleurs, le fait de parler de sa peur diminue petit à petit le stress et certaines peurs vont même disparaître.

Quand la personne écrit ses paroles, cela lui donne encore plus de force et augmente sa capacité à extraire ses peurs, car une partie de son corps s'exprime pour les manifester. Psychologiquement, le fait de détruire, de crier ou d'écrire montre à l'esprit, grâce à des effets allusifs et symboliques, que c'est fini, qu'il n'y a plus de peur ou que la personne renonce à cette peur d'une manière très pacifique.

Il y a encore une autre méthode appelée « *Parler pour s'exprimer* » qui consiste à donner la parole à la victime de la peur pour qu'elle s'exprime et dise surtout ce qu'elle aurait aimé être ou vivre au-delà de cette peur. Dans ses nouveaux propos, le comédien maître du jeu veut entendre ce genre de phrases : « *J'ai confiance en moi* », « *Oui, je peux le faire sans hésitation* », « *Je veux le faire tout seul* », « *Il ne me fait pas peur ou ça ne me fait pas peur* », etc.

En revanche, il faut éviter le dire : « *Oui, je suis le meilleur* » ou « *Je sais faire plus que les autres.* » Certes, il est très difficile d'y croire lorsque c'est une autre personne qui est examinée, mais les effets sont réels, probants et très efficaces. Le théâtre qui donne une chance aux participants de s'exprimer les aide à avoir confiance en eux.

PARAGRAPHE 2 - EXISTE-T-IL UN RÉVÉLATEUR D'UN SENTIMENT OU D'UN CONFLIT DE VALEURS CHEZ LE PATIENT ET LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ?

En partant de la philosophie de Sartre, la violence, une fois manifestée, quelle que soit sa forme, marque ou est le symbole de l'échec. Dans les échanges artistiques, les infirmiers ou infirmières disent qu'ils sont souvent confrontés à différentes formes d'agressivité de leurs patients. Il y a un certain moment où le malade perd sa capacité de discernement et se retrouve sous l'effet d'un sentiment de repli qui marque la présence de conflits de valeurs entre lui et son soignant. Ceux-ci, pour une raison ou une autre, peuvent provoquer une ou des réactions violentes envers le professionnel médical. Les artistes insistent beaucoup sur l'idée que, lorsque le malade a un sentiment de repli ou qu'il constate qu'une de ses valeurs est en danger ou lorsqu'il manifeste des réponses agressives, cela marque l'échec de sa prise en charge, de ses attentes et/ou de l'écoute de ses besoins. Il est donc évident de dire que le patient n'a eu l'occasion d'exprimer ses difficultés, ses détresses, ses douleurs, ses angoisses ou sa peur, que par la voie de la violence ou par le renoncement aux soins. Ne demande-t-il pas d'être davantage écouté ? Ainsi, il est donc demandé au professionnel de soins d'envisager une voie permettant de garder la relation soignant/soigné sans mettre en danger les valeurs de ce dernier et d'accepter ses comportements.

Dans la démarche des actions culturelles à l'hôpital, l'artiste n'est qu'un compagnon de voyage, tant pour le patient que pour le praticien, dans l'expérimentation de la psychose. Quelle est donc la réaction et le sentiment d'un malade qui voit apparaître devant lui un artiste, un médecin ou qui fait la connaissance d'un psychiatre qui va venir prendre soin de lui après de longues années d'abandon et de souffrance ? Pourquoi la crise d'angoisse ou de peur pénètre-t-elle aussi facilement à l'hôpital ? Pourquoi le rire est-il un révélateur de sentiment ? La réticence des professionnels médicaux n'est-elle pas liée à des mesures de sécurité au travail ? La violence du patient n'est-elle pas révélatrice d'un conflit de valeurs ? Quelles en sont les causes ? Existe-t-il un moyen de les prévenir ? L'agencement et la lenteur des services des urgences n'influencent-ils pas sur la réaction agressive et les mécontentements des patients ?

A] ANGOISSE DANS L'ÉTHIQUE MÉDICALE - UN RÉVÉLATEUR D'UN CONFLIT DE VALEURS

En restant dans le questionnement d'éthique, il est quasiment difficile d'incarner en même temps toutes les valeurs révélatrices d'un sentiment de conflit sans les énumérer ou les hiérarchiser. Les conséquences des expressions corporelles comme la crainte ou la compassion incitent le malade à se taire ou à rester dans son coin au détriment de son engagement aux soins. Cette peur est au centre de l'éthique de soins. Il est important de dire qu'il y a problème d'éthique lorsque l'angoisse montre que certaines valeurs sont directement en conflit avec les émotions ressenties par chacun et qu'elles ne relèvent absolument pas des mêmes solutions en fonction des choix moraux et des appréciations physiques.

Il n'est pas contestable de dire que la présence de l'angoisse, de l'anxiété ou de l'inquiétude témoigne que l'être humain est le théâtre d'émotions contradictoires qui font l'objet d'études par les uns ou les autres. Les professionnels soignants souffrent aussi

d'angoisse et de peur. De ce fait, ils perdent leur volonté de travailler ou leur qualité professionnelle. « *En me sentant personnellement agressée, lorsque le mari de ma patiente m'a insultée en me disant : "Vous êtes une menteuse", cela m'a fait réagir et notamment je me suis questionnée sur comment garder une relation soignant/soigné respectueuse quand les patients viennent nous agresser sans raison apparente ? Comment rester calme et prodiguer des soins de qualité, sans méfiance, rejet ou arrière-pensées dans une telle situation ? Que signifie l'expression de cette agressivité ?* »⁷⁵⁸

La présence d'angoisse dans le processus de soins du patient peut aussi susciter d'autres questions. Comment le professionnel soignant peut-il garder son empathie envers son patient lorsque ce dernier est agressif ? C'est très dangereux puisque le praticien médical stressé risque d'augmenter soit la peur, soit la violence ou le côté agressif du patient. Quel est le lien entre le côté agressif du patient et son angoisse ou son stress ? Une question revient à chaque fois de la part des artistes et des professionnels soignants : quels types de prises en charge sont possibles lorsqu'ils sont agressés ? Quelle est la meilleure solution à proposer au personnel soignant pour mieux gérer leurs corps en cas de stress au travail ? Quels sont les indicateurs permettant de reconnaître le stress dans la relation soignant/soigné ?

1) Le jugement humain à l'état affectif d'autrui

Le jugement humain a comme source les émotions corporelles et mentales capables de faire bouger ou de stabiliser le dynamisme du jugement. La peur et l'angoisse peuvent être des révélateurs ou des moteurs de la révision émotionnelle. Ces éléments d'éthique jouent un rôle indispensable dans le système d'alarme, avertissant que le corps affronte un problème et que la solution envisagée pour le résoudre n'est pas du tout cohérente.

Pour que l'être humain soit affectif ou attaché à l'état émotionnel d'autrui, il doit mettre en place trois points essentiels :

- Pour toucher la sensibilité humaine, il faut un pouvoir facilitant l'entrée dans l'état affectif d'autrui. C'est-à-dire la présence d'une empathie capable d'évaluer plusieurs émotions contributives à des valeurs de jugements. Ces différents états affectifs peuvent s'exprimer ou se manifester de façon pudique et réservée. Il faut donc du respect et de la compassion.

- Pour qu'il puisse porter un jugement de valeur, il faut qu'il ressente une ardente émotion intérieure envers la personne cible.

- Pour mieux juger son regard, il faut être en mesure de comprendre et d'écouter son corps puisque parfois l'action affective que le corps va ressentir face à la souffrance, à la douleur ou la peur de l'autre peut être fictive.

Le jeu de rôle, employé par les hommes de théâtre à l'hôpital, étudie comment il est possible d'être affecté par le corps de l'autre à travers le regard ou à travers les émois de l'autre. Ils exploitent dans leurs représentations expérimentales ce que la maladie attaque très vite comme le corps et son apparence et/ou l'être humain et son environnement. Dans chaque atelier, ils réalisent des exercices thérapeutiques et ils révèlent peu à peu le ressenti des participants ou des malades. Ils indiquent dans leurs rapports journaliers l'état du moral du

⁷⁵⁸ Audrey COUPEAU, « *La violence et sa répercussion sur la relation soignant-soigné* », sous la direction d'Isabelle BABIN, Centre Hospitalier du Mans, Promotion 2011-2014, p. 5.

malade en faisant un schéma du vécu de la maladie jusqu'à son hospitalisation. Dans ce cas, ils évaluent son niveau de craintes, d'angoisses et de satisfactions tout en prenant en compte la présence et le soutien de son entourage et la qualité de prise en charge envisagée. Ils essaient de passer dans les chambres de ceux qui ne sont pas en mesure de se déplacer pour partager un moment de passion et de compassion. Au moment où le praticien médical effectue les soins du corps du patient dans son lit, ils créent un espace intime entre artiste, soignant et soigné en tenant la main du malade ou en caressant ses cheveux pour le rassurer et l'accompagner dans ses soins. Cet espace devient un lieu d'expressions, de manifestations de sentiments et d'émotions propices aux confidences.

Parfois, ce même savoir-faire est appliqué par le personnel soignant pour montrer son attachement et son affection envers les malades. *« Le contact tactile facilite la verbalisation des émotions des soignés. D'ailleurs quelques-unes choisissent de réaliser certains soins sans masque chirurgical manifestant ainsi leur respect du malade, qui souffre déjà de la dégradation de son corps, et auquel il est inutile de montrer du dégoût devant des esquarres ou des pansements particulièrement malodorants. Cela montre encore à quel point le corps du patient est le véritable médium des relations entre patientes et soignants, mais aussi entre les soignants. »*⁷⁵⁹

Les soignants témoignent souvent dans les ateliers ou entre eux des émotions des malades qu'ils ont soignés, ils le disent pour donner des informations à l'équipe soignante, ils les marquent dans leurs notes ou dans leurs dossiers infirmiers, au motif que cela aide ou participe à l'évolution de l'état de soins du soigné. *« Des perceptions visuelles, olfactives et auditives permettent aussi d'élaborer un diagnostic, non seulement sur la maladie entendue comme un dérèglement organique stricto sensu, mais aussi sur les "états intérieurs" du sujet, c'est-à-dire ses affects et ses émotions (par exemple : les cris persistants d'une malade associés à son angoisse). »*⁷⁶⁰

En poursuivant la même stratégie des travaux des aide-soignants, leurs jugements dépendent de l'état de santé du patient, sujet de soins. *« Ces affects exprimés par les patients peuvent agir sur les soignants, qui deviennent récepteurs de ces états, par une circulation corporelle des émotions. Pour pallier cela, des stratégies individuelles se mettent à jour : certains chantonnent durant le soin cherchant ainsi à cacher leurs propres émotions, posent un ou des masques chirurgicaux qui établissent une frontière entre le patient et le soignant, ne regardent pas la personne ou le soin en cours, des stratégies qui se constituent par l'expérience et permettent a priori de ne pas être affecté. Comme Karine, aide-soignante de 37 ans, qui me montre "[son] truc" contre les odeurs : elle a un petit pot de crème odorante (menthe, tilleul, géranium, orchidée). Quand elle doit s'occuper d'une chambre qui sent mauvais, pour ne pas mettre mal à l'aise le patient et pour ne pas être elle-même ennuyée, elle s'en met un peu dans chaque narine, puis pose le masque. Parfois les soignantes deviennent "blanches", éprouvent du dégoût et des vomissements à cause d'une odeur ou d'un aspect visible de l'organe atteint, réagissent physiquement, dans leur corps et leurs affects, autant dire qu'elles sont "prises". »*⁷⁶¹

⁷⁵⁹ Anne-Gaël BILHAUT, « Les mots du corps : une ethnographie des émotions des soignants en cancérologie », *op. cit.*, p. 8

⁷⁶⁰ *Ibid.*

⁷⁶¹ *Ibid.*

Le jugement du praticien est profondément lié à la peur de la mort de son patient lorsque ce dernier est tellement souffrant que le praticien considère qu'il s'approche peu à peu de la mort. Son entourage reste tellement mobilisé par son état de santé et les émotions se distinguent les unes des autres. *« Alors, en réaction aux altérations corporelles du malade, les soignants expriment leurs propres émotions, verbales et corporelles : colère, sentiment d'injustice, de culpabilité, ou encore pleurs, nuits d'insomnie. Pourtant, s'ils ressentent ainsi et parfois avec beaucoup de force l'atmosphère pesante qui entoure la mort d'un patient, c'est aussi parce qu'ils le vivent et l'expriment ensemble, permettant de cette manière le traitement collectif des émotions. Le partage de ces émotions et leur expression, face à un corps moribond qui rassemble autour de lui familiers en peine et soignants émus, accentue encore cette atmosphère délétère dans laquelle chacun se trouve pris, de l'aide-soignant au médecin de soins palliatifs. D'ailleurs, autour d'un patient qui va mal, les soignants se soutiennent et vont à plusieurs réaliser les soins, faisant face ensemble aux émotions des malades, et pouvant ensuite faire face entre eux à leurs propres états intérieurs. »*⁷⁶²

a) L'éthique constitue-t-elle un argument pesé et soupesé dans les soins de façon rationnelle ?

Jusqu'à aujourd'hui, il n'y a pas des mesures universelles d'éthique, cela dépend du regard et de la morale du voyeur. Toutefois, la politique de santé publique et le « *Programme Culture à l'Hôpital* »⁷⁶³ ont posé des limites, c'est-à-dire un seuil éthique entre le bien et le mal ou au-delà du beau et du mauvais. L'éthique n'est absolument pas faite d'arguments ni de références pesées et soupesées d'une manière rationnelle. *« Elle n'est pas une science qui requiert les compétences d'un expert en humanité. Elle met en jeu la partie sensible de notre être. Les émotions sont nécessaires à l'éthique, car elles nous informent des valeurs auxquelles nous sommes attachés : respect de l'autonomie, bienfaisance, non-malfaisance. Le soin est un travail de la pensée réflexive et l'humanité une expression de l'intelligence du cœur. La pensée médicale n'est pas qu'une pensée qui calcule, c'est aussi une pensée qui médite. Un acteur de santé peut dire beaucoup en peu de mots : "Je suis là." »*⁷⁶⁴

b) Des expressions corporelles : affectives et informatives

La perception et la reconnaissance des émotions corporelles peuvent être soit affectives soit informatives. Deux corps (parmi les trois déjà étudiés dans les titres précédents) – le corps physique et le corps mental –, communiquent des informations sur les émotions ou les actions, les mouvements et les intentions. Dès à présent, les grandes études en comportement et en neuro-imagerie n'observent plus ces corps comme des objets, elles se mettent à étudier comment ils transmettent leurs informations ou leurs données à travers certaines expressions actives, énergiques et dynamiques. Ces expressions sont reconnues par les stimuli corporels. Les comédiens observateurs des émotions de leurs patients lors des exercices théâtraux s'accordent sur les méthodes pour classifier les expressions corporelles que les stimuli soient faits de façon dynamique ou de façon statique.

⁷⁶² *Ibid.*

⁷⁶³ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

⁷⁶⁴ Pierre LE COZ, « *Ce qui rend nos décisions humaines* », *op. cit.*, p. 4.

Par exemple les expressions faciales qui offrent une communication très différente de celle fournie par les expressions corporelles. En effet, les observateurs ou les progrès de la recherche démontrent ou expliquent que, certes les informations diffèrent, mais l'expression faciale reste toujours une expression corporelle, il est donc difficile de faire un choix. Un signal facial est un signal corporel. Il est donc question d'étudier plus profondément le corps, le visage et la voix dans les créations théâtrales et artistiques.

À la différence des émotions ou des expressions faciales dans les démarches théâtrales, les expressions dites corporelles fournissent des données ou des informations pour l'action. Elles peuvent être justifiées par l'expression véhiculée par la peur qui provoque par exemple un dynamisme accru du cortex temporal tant du côté ventral que du côté amygdale. Il existe encore d'autres recherches qui « *ont ensuite mis en évidence que l'amygdale semble être un lien entre le système visumoteur qui sous-tend le traitement des expressions corporelles émotionnelles et un système de type réflexe impliqué dans la perception automatique rapide des expressions corporelles affectives (de Gelder, 2006). D'autres expériences soulignent le fait que les régions motrices sont impliquées dans la perception des expressions émotionnelles corporelles, mais non dans celles des expressions faciales émotionnelles [...]. Étant donné l'importance des processus d'action dans l'émotion, ces activations sont la promesse d'une compréhension plus fine du cerveau émotionnel.* »⁷⁶⁵

Il est admis par des chercheurs de l'art dramatique que la gestuelle corporelle est une partie intégrante et non négligeable des expressions corporelles. D'autres études relient l'expression corporelle à l'expression visuelle. « *Des chercheurs ont suggéré que le sillon temporal supérieur pourrait jouer un rôle dans la convergence des représentations de formes corporelles dans le flux ventral et des mouvements corporels dans le flux dorsal [...]. La voie d'analyse des formes par du cortex visuel jusqu'au cortex temporal inférieur, aux aires faciales et au sillon temporal supérieur ou des neurones dits « snapshot » permettent l'analyse du mouvement biologique [...]. La voie d'analyse du mouvement relie le cortex visuel à l'aire temporale moyenne, ensuite au sillon temporal supérieur et à l'aire faciale, mais s'appuie sur des neurones régulateurs de flux optique.* »⁷⁶⁶

La plupart des chercheurs en art dramatique expliquent que toute information donnée par le visage, c'est-à-dire une information visuelle, est considérée comme affective et celle qui est véhiculée par le corps, est informative.

2) L'éthique apporte-t-elle du changement émotionnel ?

Ici, le voyeur se sent affecté et ému par l'expression du comédien ou du comédien-patient. Mais la question se pose dans ce sens : comment le grand public ou le spectateur peut-il être ému par l'expression émotionnelle d'un ou des êtres de fiction ? Comment peut-il ressentir ou avoir de la peine pour des êtres fictifs ? Quelle est la nature de ces émotions provoquées par des objets dont le voyeur sait pertinemment qu'ils n'existent pas dans la vie réelle ? Par quelles valeurs les spectateurs évaluent-ils ces expressions ?

La ou les réponses à ces questions peuvent se trouver dans l'irrationalité des attitudes et des comportements humains. Cette observation apporte une vision positive qui va jusqu'à

⁷⁶⁵ Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAT et Alain VIALA (sous la direction de), « *Corps sur scène* », *op. cit.*, p. 97.
⁷⁶⁶ *Ibid.*, p. 98.

l'évaluation de la réactivation des émotions, de la catharsis et de l'expression humaine. Il est important de rappeler que c'est dans la fiction, considérée comme un jeu cognitif, que l'individu va s'interroger et chercher à savoir ou à tisser un lien entre la vérité et la fiction dans l'ensemble des événements qui jouent à son égard et qui enfin va faire apparaître son énigme. Le changement émotionnel trouve sa place ou a son point de départ au sein des sentiments, des émotions et du dynamisme de l'action dramatique mise en scène. Cette place corporelle dédiée aux émotions s'accorde avec les différentes orientations esthétiques de l'art et de la culture et/ou du théâtre en particulier.

a) Le lien entre l'émotion, l'identification du personnage et l'éthique

Dans le cadre de cette étude, il est quasiment impossible d'identifier ce lien sans passer par le schéma théâtral mettant en rapport trois acteurs : le personnage joué, l'acteur qui incarne le rôle et enfin le spectateur-voyeur qui évalue l'action mise en scène. Cela constitue la spécificité du théâtre puisque dans la plupart des représentations, le personnage jouant sur la scène n'existe pas dans la vie réelle. Il peut être imaginé dans les romans ou les différents textes toutefois, au théâtre, pour qu'il soit joué, il faut un acteur pour personnifier ce rôle. Mais à la fin du spectacle, il serait inutile et stupide d'aller chercher ce personnage dans la vraie vie. Partir dans la vie réelle pour chercher Antigone, Œdipe, Sganarelle ou Hamlet serait du temps perdu sans jamais les trouver puisqu'ils n'existent pas. Il est encore prouvé que rien n'autorise à traiter ces personnages « *comme une individualité psychologique dotée d'un inconscient et d'une pathologie spécifiques. Au théâtre, ce qui existe, ce sont des acteurs qui ont parfois affaire à des "rôles". Alors, la question n'est pas du tout qu'un acteur s'identifie ou pas à un personnage imaginaire, mais qu'il joue un rôle, et qu'au sens d'une pièce, tous les rôles se créent réciproquement. Car Shakespeare ne nous dit rien sur Hamlet. Qui nous dit quelque chose d'Hamlet ? Hamlet, Ophélie, Polonius, Gertude, etc. En ce sens, on peut dire que Shakespeare écrit le rôle de Hamlet dans tous les autres rôles, et que cela vaut de même pour tous les rôles de la pièce. Il y a là un réseau de relations dont les acteurs font l'épreuve sur la scène qui sort donc de la chaîne idéale, individuelle, "un personnage, un acteur, un spectateur."* »⁷⁶⁷ Les grands hommes de l'art dramatique prouvent que pour qu'il ait une relation au théâtre, il faut qu'il ait un vide, c'est-à-dire que le théâtre a besoin d'un vide pour créer une relation. Le personnage joué dans le théâtre suppose un remplissage ou une adhésion à un rôle puisqu'il y avait un vide entre le personnage et l'acteur, mais aussi entre ce dernier et son spectateur-voyeur.

En arrivant jusque-là, il est possible de croiser des émotions, de ressentir des choses qui tissent le lien entre ce que le spectateur exprime et l'identification du personnage incarné, d'où l'adhésion à l'acte dramatique. Mais il serait encore important d'étudier les mots, les textes et les gestuelles qui sont des facteurs importants et indispensables à cette adhésion. Maintenant, la question de la méthode peut être aussi évoquée. Comment faire pour influencer le ressenti du voyeur dans le cadre de la pratique théâtrale ? Il n'y a pas d'autres pratiques que celles, déjà étudiées, du metteur en scène et du dramaturge avant la représentation et établies dans le cahier de mise en scène. Cependant, la provocation des émotions et la manifestation

⁷⁶⁷ *Ibid.*, p. 222 et s.

des expressions dépendent de celui qui regarde et de sa facilité à tisser un lien entre les trois acteurs du schéma théâtral. « *Quand on fait passer Platon pour un fou parce qu'il mettait tout le travail de l'acteur sur le compte de la possession et de l'enthousiasme, et qu'on lui oppose Aristote qui disait qu'il y a bien une technique, une manière de composer les tragédies qui s'ajusterait à l'effet recherché, on ne fait pas attention à ce que Platon essayait de sauver, à savoir que l'art n'est réductible à la technique. C'est une affaire de praxis plus que de technique, et ce sont donc des questions d'éthique qui se posent, éthique au sens large : une manière d'être, une manière d'éprouver, une manière d'agir et de sentir qui se transforme, se déplace. Mais c'est un déplacement subjectif, qui se produit à l'intérieur de celui qui est en train de faire quelque chose au théâtre, ou pour le théâtre, que ce soit jouer, regarder, écrire.* »⁷⁶⁸

b) Les besoins du patient à l'esthétique du théâtre

Pourquoi de l'esthétisme dans l'art dramatique au sein des établissements de santé ? L'idée, pas si lointaine de la philosophie, est d'attirer le regard du malade ou de tout voyeur, mais aussi de rassurer ces derniers qu'ils sont dans une activité bien étudiée et encadrée par des spécialistes. Tout un chacun peut faire du théâtre et exprimer des émotions ou monter sur scène pour jouer un personnage selon la répartition des rôles, mais c'est dans l'esthétisme que le spectateur va être ébahi et stupéfait et va donc donner son accord – en termes de consentement – pour donner son corps à la science et à la recherche artistique comme dans la pratique théâtrale en art-thérapie. L'influence ou la persuasion de l'esthétique du théâtre aide par exemple les adolescents atteints du syndrome de stress ou de peur à s'exprimer au sein d'un public ou d'un groupe.

Certains chercheurs intéressés par cette question de culture et santé à l'hôpital comme Marie Go⁷⁶⁹ qui précise que la pratique du théâtre aide ou épaula certaines activités sanitaires humaines et qu'elle aide les praticiens à soigner et permet aux patients de retrouver plus facilement leur bien-être. Mais elle est contre l'idée que celle-ci guérit le patient. Selon ses recherches, elle précise que l'art dramatique entre dans la démarche thérapeutique de guérison en rappelant que « *l'art-thérapeute recherche un pouvoir d'entraînement vers le bien-être et non la bonne santé, comme c'est le cas du médecin notamment.* »⁷⁷⁰ À partir de son analyse, il est possible d'opter pour une autre vision que celle donnée par Marie Go. Par exemple les médicaments : ils ne traitent pas le patient en un seul coup ou en une seule prise, mais ils produisent petit à petit des substances actives (substances chimiques) qui possèdent des effets thérapeutiques pour guérir le malade. C'est pourquoi cette étude affirme que le théâtre ou la pratique des activités de l'art dramatique produisent les mêmes effets que les médicaments. Alors une question paraît évidente : comment les actions ou les activités théâtrales peuvent-elles guérir ? Il est simple de le constater par exemple sur l'activité d'un jeune ou d'un adolescent ou sur celle d'une personne âgée. Le jeune et l'adolescent peuvent être actifs dans

⁷⁶⁸ *Ibid.*, p. 223.

⁷⁶⁹ Marie GO, sous la direction Fanny LEBERT, « *Une expérience d'atelier d'Art-thérapie, à domination Théâtre, auprès d'adolescents atteints du syndrome d'asperger dans une classe adaptée ulis, améliore les capacités relationnelles* », Mémoire de fin d'études, Université François-Rabelais, UFR de Médecine-Tours & AFRATAPEM (Association Française de Recherche & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine, d'Art-thérapie de la Faculté de Médecine de Tours, Paris, 2012.

⁷⁷⁰ *Ibid.*, p. 23.

l'immédiat pendant dix minutes sans arrêt, une fois qu'ils sont soumis à un mouvement très actif, comme le théâtre, la musique ou le sport, sans prendre des médicaments ou d'injections puisque leur corps est très riche en adrénaline, accélérant son rythme cardiaque, ce qui maintient son corps en activité d'une manière permanente. À l'inverse, la personne âgée soumise au même mouvement que le jeune ou l'adolescent n'est pas en mesure de maintenir son corps en activité pendant la même durée. Au début, elle peut être réticente et elle peut refuser de participer à l'activité, mais à force de lui expliquer et de l'entraîner, il est possible de faire évoluer son rythme sans faire intervenir ou avoir recours à des produits chimiques. La personne gagne peu à peu confiance en elle-même. Elle élimine sa peur et son stress, elle arrive à faire face aux éventuels obstacles. Elle est donc guérie sans les médicaments.

Le patient qui participe à l'opération théâtrale et artistique a besoin de l'esthétique pour manifester ou pour confier ses expressions corporelles aux processus thérapeutiques. C'est dans le regard du participant que doivent apparaître le Bien, le Bon et le Beau puisque ces facteurs impliquent le voyeur dans l'organisation et dans la réussite, en tirant sa captation, son intention, ce qui favorise en masse l'action dramatique et sa production. Pourquoi la captation ? Elle est la seule parmi les moyens qui font appel ou qui sont capables de toucher les capteurs sensoriels de chaque participant tout comme ceux du patient. Par ailleurs, l'intention caractérise son consentement, sa volonté, et sa capacité de participer à l'action culturelle et théâtrale.

Le théâtre à l'hôpital considère comme des productions artistiques tout ce que le public peut regarder, tout ce que le groupe créateur peut montrer ainsi que tous les facteurs incitant le malade à s'engager de jour en jour dans le processus artistique afin que ses soins soient meilleurs.

Dans l'expérience esthétique apparaît la difficulté de définir ce qu'est l'œuvre d'art. Mais cette recherche définit l'œuvre d'art en fonction de plusieurs éléments, par exemple tout ce que le public tire de leçons et comment il apprécie ce que l'acteur fait. Il y a aussi le texte incarné par le comédien faisant partie de son personnage. Il ne faut pas oublier que le texte lui-même, s'il reste au niveau du manuscrit, ne constitue pas une œuvre artistique en art-thérapie puisque celle-ci demande sa mise en application pour qu'il soit considéré comme œuvre thérapeutique. Le texte interprété permet la motivation et l'empathie neuronale de chaque participant et de chaque voyeur en ressentant la même chose que le comédien dans son rôle sur scène. Plus le spectateur-voyeur a dans ses sens un sentiment attaché au rôle du comédien, plus naît la sympathie qui se développe peu à peu dans l'empathie. C'est donc un effet de fonctionnement primitif des neurones miroirs qui permet au grand public de se placer à une certaine distance de celui qui éprouve de la considération. Ainsi, cette étude montre que l'expérience esthétique du théâtre dans les soins constitue tant une fin inhérente à l'art dramatique qu'une justification essentielle et indispensable. Il est possible de dire parfois que le besoin du patient dans l'esthétique théâtrale dépasse le cadre artistique et va vers le côté sanitaire et social, il a besoin d'être rassuré avec des expériences de la vie quotidienne. *« Cette idée va de pair avec une conception de l'art intégrée à la vie et non recluse dans des espaces et des réseaux spécialisés comme celui des beaux-arts, où l'on s'intéresse d'abord à la fabrication d'objets. Il évite aussi de concevoir l'art comme éthéré, immatériel et sans aucun lien avec les sphères de la connaissance, de l'éthique, du social, comme si l'art ne pouvait avoir aucun impact sur le monde existant. Au contraire, l'art comme expérience*

possède, en un sens, des propriétés éducatives puisque d'une part, il "nous incite à chercher et à cultiver l'expérience esthétique dans nos rapports à l'art" et, de l'autre, il "nous aide à reconnaître et à valoriser des formes expressives qui nous procurent une réelle satisfaction esthétique."⁷⁷¹ De plus, une telle conception de l'art permet, souligne Richard Shusterman, de considérer une vie comme une œuvre d'art pouvant être façonnée en fonction d'un idéal éthique et esthétique. »⁷⁷² L'art-thérapie ou le théâtre cherchent en principe à stimuler la créativité du malade ou de tous les participants tant dans leur production artistique que dans leur façon d'appréhender leur vie à l'hôpital et après leur hospitalisation. Le participant satisfait prend conscience de l'expérience esthétique lors des assises art-dramatiques, ce qui lui permet de participer d'une manière active à sa santé. « Aussi, Shusterman explique que l'éthique et l'esthétique vont de pair, car elles reposent toutes deux sur une "imagination créatrice et critique" et non sur la simple application de règles. Selon lui, "le projet d'une vie éthique s'apparente à un exercice de vie esthétique" et l'individu dispose dans sa vie des mêmes outils que l'artiste dans son art. Il insiste néanmoins sur l'unité et la cohérence du moi, constitué, à son avis, en termes de narration et non d'agrégation, rejoignant ainsi la "mise en récit" du sujet évoquée précédemment à propos du lecteur et permettant d'affirmer son identité. Contrairement à Rorty, Shusterman fait passer la construction identitaire par une reconnaissance publique nécessaire, qui ramène le sujet, autrement pensé comme uniquement privé, dans la sphère publique. Tout en reconnaissant l'importance du langage dans la structuration du moi avancée par Rorty, Shusterman souligne aussi l'apport important des pratiques corporelles dans la cristallisation de l'individu. Sur ces deux points, nous verrons que notre travail confirme l'opinion de Shusterman. »⁷⁷³

Il est clair que le patient qui se trouve dans une expérience esthétique, découvre, pas à pas, un comportement esthétique dans lequel il apprend à se connaître et se crée nouvelle vie. C'est le rôle que le théâtre joue dans chacun de ses ateliers de santé.

Le participant doit trouver dans l'atelier ou l'expérimentation artistique un moyen de valorisation des gestes et du langage de l'artiste ou du comédien-patient pour que ses sentiments puissent se manifester sans contrainte. Il serait absurde d'utiliser des textes qui ne répondent pas à la valeur du voyeur ou du participant, car rien ne se produira alors dans sa conscience et il n'y aura pas d'effet émotionnel.

B] LE GRAND RIRE DÉVOILÉ

Au départ, il y a un artiste comédien ou humoriste, un patient, une scène, un micro et un grand public prêt à se distraire et à faire la découverte d'une nouvelle thématique de santé. Dans ce grand plaisir, le grand public se prépare moralement et physiquement accueillir l'humour du comédien. À l'ouverture, le spectateur a tendance à applaudir sans même connaître le comédien entrant sur scène. Cela prouve que l'ADN du rire est déjà motivé et prêt pour s'amuser. C'est la première rencontre entre le spectateur et l'humoriste, mais l'intensité est palpable. Devant un public réceptif, le comédien parle de toutes sortes de maladies pour toucher la sensibilité du spectateur, comme les aptitudes du malade mental.

⁷⁷¹ Richard SHUSTERMAN, « L'Art à l'état vif : la pensée pragmatiste et l'esthétique populaire », Paris, Minuit, 1991, p. 92.

⁷⁷² Sara BÉDARD-GOULET, « Lecture et réparation psychique, Le potentiel thérapeutique du dispositif littéraire », *op. cit.*, p. 47 et s.

⁷⁷³ *Ibid.*, p. 49 et s.

Dans ce laboratoire d'humour, le comédien expérimente la vie d'un fou à l'hôpital psychiatrique, il souligne des actes qui font rire le grand public pour leur passer le microbe de l'humour et injecter les émotions du rire.

Le but de ce moment magique est de comprendre que dans l'ADN du rire, il peut y avoir d'autres émotions raisonnables que celles de se réjouir du malheur et des souffrances du patient en établissement psychiatrique. Comment peut-il y avoir une raison dans une folie ? Comment dégager une hypothèse avantageuse dans la folie du patient psychiatrique ?

1) Une raison possible dans une folie de rire

Ainsi, dans la représentation expérimentale de la Compagnie Bahari, au début du spectacle, la scène est remplie des comédiens jouant le rôle ou le personnage de fous. Le spectateur déclenche son rire au cours du spectacle sur les actions de folies de chaque acteur, la raison possible est incluse dans le champ même de la folie ou de la déraison. Il est généralement admis que la folie se distingue en tout ou partie de la pensée, de la logique et/ou de la raison. « *"L'aliénation est mélange, et mélange fluctuant, de présence et d'absence, de raison et de déraison, de possession et de dépossession de soi", écrit Marcel Gauchet dans une nouvelle lecture de l'histoire du traitement de la folie. Ni rejet du fou dans le tout autre ni fascination pour l'indéfini, message caché ou être sibyllin.* »⁷⁷⁴ Olivier Fournout explique encore une fois que : « *Peter Brook semble avoir si bien assimilé ce point de vue qu'il en fait le ressort principal du jeu des acteurs : du côté des patients, ratés mécaniques, souffrance, et en même temps conscience de la souffrance et efforts volontaires ; du côté du médecin, soins, technicité, et en même temps dialogue avec l'individu adulte, sensible, conscient qui lui répond.* »⁷⁷⁵

Dans les histoires de l'hôpital psychiatrique, le grand public ne constitue pas le témoin idéal de la vie quotidienne des patients souffrant de problèmes psychologiques, puisque l'établissement psychiatrique constitue un monde à part. C'est pour cela que cette compagnie offre une chance à son public de découvrir et de vivre en permanence des expérimentations inaccessibles dans d'autres environnements.

Dans des activités culturelles structurées et orientées par l'Organisation Mondiale de la Santé, la Compagnie Bahari informe son public que le fou a dans sa folie une partie ou un petit coin semblable à l'être humain, en faisant allusion à l'état primitif de l'homme que certains penseurs comme Hobbes décrivaient comme un état de « *guerre de tous contre tous.* »⁷⁷⁶ Cette activité dramatique orchestrée sous la mise en scène du comédien, metteur en scène Idrisse Riadhudine puise sa source dans la locution latine indiquant « *Homo homini lupus* » signifiant que « *L'homme est un loup pour l'homme* »⁷⁷⁷ ou autrement dit « *L'homme est le pire ennemi de son semblable ou de sa propre espèce.* »

La mise en scène était très détaillée et ne donnait pas le choix au spectateur de se retenir. Le rire était évident chez le voyeur, mais cela ne l'empêchait pas de s'interroger et de

⁷⁷⁴ Olivier FOURNOUT, « *Le rire en quête d'auteur* », *op. cit.*, p. 5.

⁷⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁷⁶ Baron Cay VON BROCKDORFF, « *La guerre de tous contre tous dans la doctrine de Hobbes* », *Archives de Philosophie*, Vol. 12, No. 2, La Pensée et l'Influence de Thomas HOBBS (1936), pp. 31-40.

⁷⁷⁷ Thomas HOBBS, « *De cive* » ou « *Du citoyen* », Gallica, Paris, éd., de 1642.

chercher à savoir de quoi ces comédiens-patients souffraient, surtout de comprendre pourquoi ils sont identifiés comme fous.

Olivier Fournout a soutenu cet point de vue en se référant aux expérimentations de Peter Brook démontrant que : « *Le public est amené petit à petit – dépassant le rire – à se dire : "Le fou est fou, mais il est en même temps mon pareil, c'est-à-dire qu'il me lance la question : qu'est-ce que cette folie que je ne partage pas me montre de ce que je suis ? Non pas : je suis fou comme le fou (ou le fou est normal comme moi) ; mais : en quoi puis-je être fou ? En quoi suis-je fou, profondément, au-delà de ce qui m'en garde ?* » *La folie n'est pas pure déraison, de même que le rire devant la mécanique apparente de la folie n'exclut pas l'émotion.* »⁷⁷⁸

a) La folie habite-t-elle dans la raison ou celles-ci sont-elles des voisines ?

La folie qui habitait chez la raison est actuellement sa voisine. Grâce à la science et à la culture, elles sont au centre de l'étude dramatique – artistique et philosophie. C'est chez la raison que la réflexion philosophie et artistique s'inaugure et développe peu à peu le rationalisme critique. En vain, aux yeux du voyeur ou du public spectateur d'une activité dramatique, tout geste, toute parole, toute écriture ou tout silence supposent ou initient une autre pensée, une autre réflexion ou un autre interlocuteur. Dans ce savoir-faire, il y a une autre potentialité d'être compris universellement. C'est justement par là qu'apparaît la posture ou l'aspect de la raison.

Les mêmes actes et les mêmes postures artistiques tels que le geste, le silence, la parole et l'écriture orchestrés par une autre personne que le comédien peuvent engendrer un autre point de vue proche de la folie ou de la folie elle-même. Le théâtre travaille sur la raison. Léon-Louis Grateloup expliquait dans son texte *Raison et folie* que « *Le paradoxe fondamental de la raison, c'est qu'elle s'affirme en se niant et son fondement paradoxal, c'est qu'elle ne peut se nier qu'en s'affirmant* »⁷⁷⁹. Ce travail mené par le théâtre se voit complété par la science de la philosophie qui étudie les fondements et les pouvoirs de base ainsi les limites de la raison humaine.

Pourquoi est-il possible de dire que la folie et la raison sont des voisines ? Ce n'est pas anodin de le savoir, surtout lorsqu'il s'agit de l'étude des comportements. Toutefois, la folie ne se manifeste comme telle que lorsque celui qui observe le geste d'autrui le conteste ou le nie au nom de la raison. Le fou ne devient fou que lorsque ses actes sont jugés comme une folie. C'est ainsi que les actes de la raison se distinguent de ceux de toutes formes de déraison. Ces deux voisines ont aussi un mur mitoyen qui prend forme lorsque l'individu auteur d'un acte ou d'un geste est jugé fou parce qu'il n'a plus toute sa raison ou parce qu'il a perdu la raison sous toutes ses formes. Il faut donc préciser que la personne jugée intelligente hier et qui a perdu sa raison aujourd'hui, devient donc folle par ses actes de folies. Ceci est une vision que le théâtre juge autrement parce qu'il se pose la question de quoi ou qu'est-ce cette personne a perdu dans sa vie normale ? Qu'est-ce qu'elle a de particulier à la différence des gens normaux ? L'art de Molière fait savoir dans des ateliers que ce ne sont ni les sensations et les expressions, ni les images et/ou les souvenirs, ni les gestes et/ou les mots qui lui

⁷⁷⁸ Olivier FOURNOUT, « *Le rire en quête d'auteur* », *op. cit.*, p. 5.

⁷⁷⁹ Léon-Louis GRATELOUP, « *Raison – Réalité "La raison"* », *Cours de philosophie* », Hachette, 1990, pp. 222-224

manquent, mais plutôt une organisation, un certain ordre ou orientation dans ses actes et dans son discours. En revanche, cet art s'attache à deux formes d'observations de la raison, d'une part, la forme objective mettant les choses dans un ordre qui est imposé dans la vie humaine, et, d'autre part, la forme subjective dans laquelle une exigence d'ordre humain est imposée aux choses. Il est concevable que la forme objective assujettisse les discours au concret « *réel* » et la forme subjective lie en elle les différentes ouvertures ou propositions d'un discours. Les hommes du théâtre œuvrant à l'hôpital considèrent que le patient est fou lorsqu'il a perdu soit l'ordre de la raison, ou à l'inverse, la raison de l'ordre, dans l'ensemble de ses actes. À partir de cette recherche, le lecteur comprendra que c'est une extravagance de prendre en considération des informations immédiates de la conscience d'autrui, mais aussi ce serait une folie de croire qu'il est possible de construire une vérité à partir de ces informations ou des données désordonnées, surtout si elles sont contradictoires à la raison.

Le mur de voisinage impose à celui qui fait l'action et à celui qui regarde une proportionnalité entre la réaction du voyeur ou récepteur vis-à-vis de l'acte de l'émetteur. Le théâtre éduque le patient qui souffre d'un trouble de la raison pour qu'il ait une conduite digne afin de mieux maîtriser sa raison. Il faut aussi éviter de se tromper sur l'idée selon laquelle la science produit la raison ou la logique. C'est plutôt l'inverse, comme l'affirme Kant par la faculté des principes : c'est entre autres la raison qui produit la science dans toutes ses formes.

b) Le public : la raison dans la folie du patient

Le public qui joue le rôle de l'observateur va chercher un peu plus loin une raison dans la folie de l'acteur pour limiter son rire dans la salle de spectacle. Tout d'abord, le public ne participe pas à la discussion, il garde son côté observateur. Il est toujours assis devant la scène et cherche à comprendre ce que le comédien ou le comédien-patient fait, ce qu'il dit et les sujets principaux de la discussion. Il élargit le regard pour étudier les gestes ou toutes sortes de communications non verbales ainsi que les attitudes des intervenants ou résidents de la création ou de la représentation.

Il s'agit par exemple de l'expression corporelle et faciale comme le rire ou le fait de secouer ou de hocher la tête ainsi que toutes formes de postures résumant une expression émotionnelle de l'acteur. Le public observateur doit comprendre aussi que les expressions fournissent des messages sur les sentiments de chaque acteur, soit en évoquant leurs vies réelles soit en faisant des simulations, mais il doit quand même retenir son rire pour ne pas manquer de respect au comédien, surtout s'il s'agit d'une représentation de témoignages de vies. Si cela se produisait, le patient se sentirait un peu frustré, ce qui ajouterait encore à sa maladie. Les grands experts comme Peter Brook considèrent le public qui lâche son rire dans une expérimentation réelle, comme un public cruel, un public qui éclate de rire dans la souffrance du comédien-patient. Le fait de jouer avec des patients de l'hôpital psychiatrique implique que le spectateur-voyeur comprenne que dans la folie représentée sur scène il y a une raison, même s'il est difficile d'y croire. Quand l'acteur présente sur scène un texte qui n'a pas d'auteur, cela signifie qu'il est lui-même l'auteur de son propre texte et par conséquent cela rend le rire du public un peu gênant. La raison dans la folie du patient apparaît largement puisque le patient de l'hôpital psychiatrique ne s'exprime pas pour le

théâtre, mais plutôt il se confie à la scène pour parler et représenter sa souffrance ainsi que toutes formes de maux endossés par son corps tant physique que moral.

Le public détecte la raison dans la folie du comédien-patient et l'accompagne en gardant le silence ; ne pas rire et ne pas réagir comme aux grands théâtres des dramaturges. Une autre raison qu'il découvre dans la folie de l'acteur est que ce dernier ne joue pas une comédie, mais plutôt un fragment ou une partie de sa vie, schématisée sur scène par lui-même.

À l'inverse, le metteur en scène cherche la réaction du public. Il attend que ce dernier manifeste ses expressions ou ait les mêmes fascinations que celles éprouvées par l'acteur ou par lui-même avec son groupe, c'est-à-dire comprendre pourquoi le malade a décidé avec son metteur en scène d'exprimer ses émotions et ses souffrances. La folie du patient prend en otage le rire du public et sollicite au contraire son affection, son soutien et son accompagnement.

2) Le fou

Tout d'abord, cette partie s'intéresse au fou ou plutôt au patient hospitalisé dans l'établissement de soins psychiatriques et qui bénéficie des soins, des activités artistiques et des mesures d'accompagnement. En principe, une personne est considérée comme folle lorsque ses agissements et/ou ses pensées ne sont pas comme celles de tout le monde. « *Son imbécillité* » met son intelligence en cause ou elles s'équivalent. La société considère comme folle une personne lorsqu'elle est enfermée et laissée seule ou dont le mental est troublé ou qui n'est pas en mesure de gérer sa vie sociale.

En revanche, dans les travaux de recherches artistiques et dramatiques à l'hôpital psychiatrique, le fou n'est pas vraiment fou puisqu'il a un art, un savoir-faire et qu'il fournit une capacité de manifestation artistique. Il participe à la création et il produit des œuvres. Quelle est donc la valeur de ses œuvres et en quoi se différencient-elles des manifestations ou des représentations artistiques des gens raisonnables ? Est-il possible de se limiter à la simplicité de l'œuvre créée ? Lors de l'exercice, le maître du jeu aura à faire la part des choses. Il devra mettre de côté l'art brut et extraire l'art du fou dans le projet mis en place et/ou surtout limiter jusqu'où il peut définir l'art psychopathologique. Il est encore important de se poser la question suivante : en quoi l'ensemble de ces expressions ou de ces œuvres témoignent-elles d'un regard différent aux yeux du public voyeur et qu'elle est la finalité de ces créations ?

La ou les réponses à ces questions peuvent-elles trouver une issue dans les recherches et les expérimentations de Jean Dubuffet qui, depuis 1940, fréquentait les hôpitaux psychiatriques de l'Europe pour mettre en place l'idée de l'art brut en découvrant des œuvres qui, par la suite, vont constituer la galerie d'art brut du musée de Lausanne. Dans le même angle de recherche, André Breton, depuis 1948, a travaillé et a publié des recherches comme « *L'Art des fous, la clé des champs* »⁷⁸⁰ qui donnait aux fous l'accès à une expérience très privilégiée : les patients se trouvaient dans une liberté et dans des conditions de créativité leur permettant de puiser en eux-mêmes des choses vraisemblables qui tiennent de la fantaisie de

⁷⁸⁰ André BRETON, « *L'Art des fous, la clé des champs* », *Les Cahiers de la Pléiade*, n° 6, France, 1948-1949

l'art. Ces produits artistiques sont reconnus comme tels et présentent aussi des figures référentielles nourrissant la production des artistes peintres qui s'en sont inspirés. Cette même philosophie est utilisée par les artistes du théâtre contemporain pour repérer l'art brut des malades mentaux. Ils qualifient d'art brut toute création d'une ou des personnes qui n'ont aucun lien direct ou indirect avec la culture théâtrale ou artistique voisine. Tout simplement comme c'est le cas des œuvres des patients des hôpitaux psychiatriques. Toutefois, il existe des courants contradictoires à cette approche qui militent pour que la culture franchisse les murs de l'hôpital ainsi que des établissements de soins psychiatriques. Ils considèrent donc que tout le monde est capable ou en mesure de créer. Mais ils oublient que toute création n'est pas artistique. Ces patients soit apprennent l'art dans leur cadre d'hospitalisation ou d'enfermement, soit ils avaient en eux une base artistique préalable avant de devenir fous. La question de l'art psychopathologique sera davantage exploitée dans la deuxième partie. C'est un art qui connut plus d'influence dans les années cinquante, une époque dans laquelle les grands psychiatres du monde contemporain s'y sont intéressés.

D'autres questions sont possibles dans cette démarche. *« En premier lieu, quelles sont les formes d'art cultivées plus spécialement par les fous ? On peut répondre qu'au total il n'est pas d'art qu'ils n'abordent, si ce n'est l'architecture, pour des raisons matérielles. Toutefois, nous n'avons rencontré que fort peu d'exemples où l'art dramatique était mis à contribution, j'entends la composition de drames ou de comédies, car, pour le jeu de l'acteur, les représentations qui sont données de temps à autre dans les asiles, avec des fous pour interprètes, ont démontré depuis longtemps qu'ils apportent dans la tenue de leurs rôles sinon un très grand talent, du moins un incontestable enthousiasme. »*⁷⁸¹ Les autres techniques de savoir-faire demandent beaucoup de fortunes diverses, mais s'ils s'y mettent, ils fournissent une ingéniosité étonnante dans le processus de leurs créations. Marcel Réja disait que *« certains fous apportent une ingéniosité curieuse dans leurs créations. J'ai vu, peintes sur les soufflets intérieurs d'une sorte d'accordéon, des séries de décors où étaient réalisés de curieux effets de perspective, selon que l'on allongeait ou comprimait le soufflet. C'est une tentative originale. Du reste, quel que soit l'art qui ait été mis à contribution, il est presque toujours employé sous ses formes historiquement antérieures »*⁷⁸². Dans ce même article, Marcel Réja a soulevé une problématique capitale en démontrant que *« La folie n'est en effet pas du tout constituée, comme on serait tenté de l'imaginer, par une série de variations indéfinies autour du bon sens. La question de l'art en général chez les fous n'a jamais été étudiée d'une façon systématique. Il y a à cela beaucoup d'excellentes raisons. En premier lieu, la difficulté de se procurer les documents, presque toujours confisqués ou détruits par l'entourage immédiat de leur auteur. En effet, la plupart ne voient dans ces travaux pas grand-chose de plus qu'un innocent divertissement, une exhibition de nature à amuser les enfants et un peu aussi les grandes personnes. »*⁷⁸³

⁷⁸¹ Marcel RÉJA, « L'Art malade : dessins de fous », *La Revue universelle* 1901, Publié le 29 juin 2010 par I.I.R.E.F.L, t.1, vol., 2, p. 913-915, p. 940-944.

⁷⁸² *Ibid.*

⁷⁸³ *Ibid.*

a) Les histoires des fous dans l'expérimentation théâtrale

Il est tellement difficile d'entendre des histoires des fous sans que les hormones du sourire ne déclenchent une expression et la plupart de temps c'est le rire. En général, les histoires des fous font rire. Les expérimentations mises en place dans les centres de santé sont de deux catégories : il y a les histoires racontées ou jouées et les histoires par lesquelles l'acteur lui-même met en scène sa vie en expliquant sa maladie, soit au public pour l'informer, soit aux praticiens médicaux pour que des mesures de santé soient mises en place pour lui ou pour toute personne souffrant de la même maladie.

Lorsqu'un romancier met en place une histoire et qu'il s'inspire de la culture de la vie de la société, de la population ou des classes sociales, il n'y a pas dans ce sens une cruauté ou un déclassement moral puisque pour lui c'est un moyen de véhiculer une information et d'étudier les ressentis du public-voyeur. Il expliquera dès le début de l'expérimentation le sens du rire qu'il cherche dans son travail. Soit le rire attendu dans l'histoire du fou est un rire d'humour qui joue directement chez le spectateur, un rôle de sensibilisateur spirituel ou moral, soit un rôle de catalyseur chez le comédien-patient. Les histoires des fous révèlent une ou des vérités blessantes, mais elles font rires. Cela fait référence à une expression comorienne qui dit que « *zembi nde zitsesao*. »⁷⁸⁴ Ces histoires apportent un avantage majeur dans le système de santé en qualité d'informatrices surtout aux patients souffrant de la même maladie. Il est facile à un patient de rire des autres quand il n'est pas capable de comprendre ce que son corps endure ou quand il n'est pas capable de rire de lui-même. Ces histoires font oublier les malheurs et les douleurs à travers un rire pas comme les autres. Dans la plupart de ces histoires, le mot « fou » est remplacé par les expressions « malade mental », « handicapé mental », « souffrant de troubles neurologiques » ou autres et le mot « folie » est habituellement remplacé par des mots techniques comme désordres, démence, déficits, ou excès en cas de métaphore. Le comédien artiste soignera son texte sur scène en évoquant le malade mental sans le blesser ou blesser ses proches qui peuvent aussi prendre part parmi le public voyeur rieur.

b) La réaction du patient hospitalisé

La présence de Molière à Paris en 1659 a révolutionné la médecine dans ses expérimentations de l'art dramatique, la farce du *Médecin volant*⁷⁸⁵ (publiée pour la première fois en 1819), *L'Amour médecin* (1665)⁷⁸⁶, *Le Médecin malgré lui* (1666)⁷⁸⁷, ainsi que certains passages de *Dom Juan* (1665)⁷⁸⁸, répertorient les maladroites des médecins, mais aussi des patients ou de soi-disant malades. Il est indispensable de parler de *Monsieur de Pourceaugnac*⁷⁸⁹, écrite et publiée en 1669, pièce dont les représentations ont eu lieu en 1670.

⁷⁸⁴ « *C'est le mal qui fait rire* », un rire manifesté par la souffrance de l'autre. Celui qui observe le mal de l'autre a un sourire soudain qui vient sans le vouloir.

⁷⁸⁵ MOLIÈRE, « *Le Médecin volant* », pièce écrite à une date incertaine, publiée en 1819 par l'érudit Emmanuel Louis Nicolas Viollet-le-Duc, aux éd., collationnées, France.

⁷⁸⁶ MOLIÈRE., « *L'Amour médecin* », texte écrite le 14 septembre 1665, représentée le 22 septembre 1665 au Château de Versailles.

⁷⁸⁷ MOLIÈRE, « *Le Médecin malgré lui* », acte III, scène V., édition de Georges Couton, Coll., folio classique, éd., Gallimard, 1971 et 1978 ; 1999 et 2013. Version consolidée au 23 octobre 2019.

⁷⁸⁸ MOLIÈRE, « *Dom Juan ou le festin de Pierre* », première présentation, Paris le 15 février 1665.

⁷⁸⁹ MOLIÈRE, « *Monsieur de Pourceaugnac* », représentée pour la première au Château de Chambord, le 6 octobre 1669, et à Paris au théâtre du Palais-Royal le 15 novembre 1669. Aux éd., Jean Ribou, Paris 1670.

Une comédie très longue à base de séquences de mystifications, de comédies médicales annonçant implicitement l'arrivée et l'épanouissement ultime du mystérieux ou de l'énigmatique *Le Malade imaginaire*⁷⁹⁰ de 1673 qui aura une influence écrasante par la suite sur toutes les planches scéniques en mettant en garde les patients, mais aussi les praticiens médicaux. Toutes ces expériences montrent ou incitent dans certains cas le patient à se retenir ou à échapper à certaines questions de son médecin. Ainsi, le malade à l'hôpital peut parfois refuser de parler de sa maladie ou de répondre à des questions le concernant lors d'un entretien médical avec son médecin traitant par peur, par stress ou par inquiétude. Il cherche, dans son séjour de soins, un accompagnement fidèle et confiant pour bien exprimer ses émotions. Les questions auxquelles il n'a pas répondu chez son médecin, il peut facilement y répondre dans l'atelier théâtral sans vergogne. Sur scène, le malade échange avec son artiste maître d'atelier sous forme d'entretien, de dialogue, de questionnaire ou des questions-réponses, ou de tests neuro-psychothérapeutiques ou psychologiques. Elles peuvent aussi être sous forme de monologues accompagnées par un service d'écoute attentive du dramaturge, du médecin assistant et de l'équipe soignante. Les séances d'échange s'étalent dans un climat d'humanité digne de ce nom tout en respectant l'ensemble des normes de l'art dramatique sur scène. C'est de là qu'apparaît la beauté du théâtre. Il est embelli par les échanges qui se déroulent dans la douceur et dans le respect mutuel de chacun et par la magie des motivations des expressions corporelles. Il n'y a point de mépris ni de caricature entre le médecin, l'artiste et leur patient ainsi que le public présent. Ce dernier est mobilisé par un sentiment de fragilité du corps du malade hospitalisé et manifeste une émotion correspondant aux souffrances et aux douleurs exposées par le malade.

Lors d'un entretien⁷⁹¹ avec un patient participant aux ateliers de l'Hôpital de Villejuif, celui-ci a témoigné que sa maladie, ses souffrances corporelles aussi bien que morales l'ont consumé et épuisé au point d'avoir été sur le chemin de la mort et surtout il était sur point de perdre la faculté de ses sens. C'est donc dans le théâtre qu'il a pu récupérer la sensation de ses sens et être capable de faire une lecture de son corps et comprendre les mots de son corps.

Tout au long de ce parcours, se dessinent les liens et les plaisantes relations entre des comédiens par leur savoir-faire sur les scènes, des malades par leurs ruses, par leurs propres forces ou par leurs erreurs, mais aussi par des médecins pour rire, par leurs faits de charlatanisme ou par leurs impostures d'occasion ou de profession.

SECTION II - LE MAL « DIT VRAISEMBLABLEMENT LA MALADIE OU LA DOULEUR »

« ARGAN :

Monsieur Purgon m'a dit de me promener le matin dans ma chambre, douze allées, et douze venues ; mais j'ai oublié à lui demander, si c'est en long, ou en large.

TOINETTE :

Monsieur, voilà un...

ARGAN :

⁷⁹⁰ MOLIÈRE., « *Le malade imaginaire* », édition de Bénédicte Louvat-Molonzay, 8 septembre 2018.

⁷⁹¹ Un entretien d'échange sur les effets du théâtre thérapeutique et lui solliciter de répondre au questionnaire d'enquête intégré en annexe numéro 6.

Parle bas, pendarde, tu viens m'ébranler tout le cerveau, et tu ne songes pas qu'il ne faut point parler si haut à des malades.

TOINETTE :

Je voulais vous dire, Monsieur...

ARGAN :

Parle bas, te dis-je.

TOINETTE :

Monsieur...

Elle fait semblant de parler.

ARGAN :

Eh ?

TOINETTE :

Je vous dis que...

Elle fait semblant de parler.

ARGAN :

Qu'est-ce que tu dis ?

TOINETTE, haut :

Je dis que voilà un homme qui veut parler à vous.

ARGAN :

Qu'il vienne.

Toinette fait signe à Cléante d'avancer.

CLÉANTE :

Monsieur...

TOINETTE, raillant :

Ne parlez pas si haut, de peur d'ébranler le cerveau de Monsieur.

CLÉANTE :

Monsieur, je suis ravi de vous trouver debout et de voir que vous vous portez mieux.

TOINETTE, feignant d'être en colère :

Comment « qu'il se porte mieux » ? Cela est faux, Monsieur se porte toujours mal.

CLÉANTE :

J'ai ouï dire que Monsieur était mieux, et je lui trouve bon visage.

TOINETTE :

Que voulez-vous dire avec votre bon visage ? Monsieur l'a fort mauvais, et ce sont des impertinents qui vous ont dit qu'il était mieux. Il ne s'est jamais si mal porté.

ARGAN :

Elle a raison.

TOINETTE :

Il marche, dort, mange, et boit tout comme les autres ; mais cela n'empêche pas qu'il ne soit fort malade.

ARGAN :

Cela est vrai. »⁷⁹²

⁷⁹² MOLIÈRE, « *Le malade imaginaire* », *op. cit.*, acte II, scène II, p. 102.

La souffrance, la peur, la haine, la douleur, le regret, le stress, le ressentiment, l'envie, le rire ou la joie, la jalousie et d'autres expressions font à l'homme une accumulation ou un entassement des émotions non exprimées sous forme de nœuds qui empêchent l'être humain de se développer ou de s'épanouir ainsi que de profiter de son environnement. Cette barrière formée par l'ensemble des maux ou l'un d'entre eux est appelée souvent par les hommes de théâtre : le kyste émotionnel. Ceci empêche le patient de circuler et « bouffe » son énergie de vivre en harmonie. Le fait de stocker ses douleurs très énergiques au fond du corps et dans l'espace spirituel sous forme d'une poubelle provoque rapidement des maladies. C'est donc à travers l'expression du souffrant que le mal dit vraisemblablement la maladie ou la douleur. Car le mal dit toujours ce que le patient ne veut pas dire ou n'est pas en mesure d'exprimer ou plutôt ce que le médecin n'est pas en mesure de découvrir. Quelles sont donc les relations entre le mal qu'endure le malade et les émotions qu'il exprime ? Quelles sont les maladies possibles ? Que faire en présence d'une telle situation ?

Tout d'abord, il faut comprendre que tout ce que le malade n'exprime pas ouvertement ou refuse tout simplement de verbaliser, s'imprime par son corps ou son visage à travers ses émotions. Ces dernières créent des symptômes physiques caractérisés par la peur, le stress et/ou l'angoisse. Ils troublent le corps et ils donnent par la suite des vertiges, des sueurs, des palpitations cardiaques, des tremblements, des somatisations ou autres. La liste des troubles possibles est disponible en annexe⁷⁹³. Cette étude parlera de la somatisation des troubles neurologiques.

Il faut donc contrôler le corps puisque parfois il peut y avoir un problème mécanique ou un faux mouvement ou un coup de froid attrapé. Si la personne souffrante ne comprend pas ce qui se passe, elle doit passer par la thérapie d'écoute et d'écriture pour exprimer ce qui la préoccupe dans son ressenti et enfin passer à la dernière forme de thérapie, celle de l'expression verbale et de la gestuelle pour évacuer les émotions. Par exemple la fibromyalgie ou le syndrome fibromyalgique, une des maladies qui unissent ou associent de multiples douleurs, qu'elles soient musculaires ou articulaires et qui provoquent des fatigues, des troubles du sommeil ou cognitifs à une intensité variable qui évoluent et se développent d'une façon chronique. La personne se sent malade ou se rend souvent malade pour attirer l'attention de ses proches ou pour marquer sa présence afin que des mesures de soins et d'accompagnement soient prises à son égard. Ces troubles font que la personne ne vit pas sa vie. Elle ne veut plus avancer et elle ne pense qu'aux conséquences de ses émotions. Souvent, c'est de la violence, du chagrin ou de la cruauté contre soi ainsi que de la sévérité envers soi-même. Le pire est que la fibromyalgie a des conséquences inédites chez le souffrant, puisqu'il culpabilise à tout moment et rejette parfois son droit d'exister. En quelque sorte, il regrette d'être né, car sa présence ne rend pas heureux sa famille ou ses parents. Cette maladie, ou plutôt cette douleur, est la conséquence directe d'anxiétés ou de douleurs intérieures dépassant les limites ou la capacité des forces humaines. Lors d'un entretien⁷⁹⁴ effectué durant cette recherche avec Madame P., celle-ci a affirmé que la souffrance de cette maladie fait qu'elle sentait des pressions de son entourage ou quelquefois elle se les mettait elle-même. Elle avait du mal à se faire reconnaître et à s'affirmer et surtout à percevoir de l'amour à son égard. Elle

⁷⁹³ Annexe numéro 7 : liste des troubles possibles

⁷⁹⁴ Un entretien d'échange pourtant sur les effets et les conséquences des maladies imaginaires. C'est à cette occasion que Madame P., a pu répondre au questionnaire d'enquête intégré en annexe numéro 6.

a commencé à retrouver sa place dans la vie et à avoir confiance en soi depuis qu'elle a confié sa maladie aux différents artistes dirigeant les ateliers-théâtre thérapeutiques. Parler de ses soucis et de ses angoisses l'a, selon elle, aidée à dégager ou à éradiquer certains troubles psychologiques très gênants et son corps s'est senti soulagé parce que le moral souffrait moins.

PARAGRAPHE 1 - LES AGISSEMENTS DU CORPS PAR LA SOUFFRANCE DE L'ESPRIT

Le corps souffrant par des fouets ou des piques de l'esprit n'est jamais stable. La ou les douleurs forment une ou des bulles de troubles mentaux que souvent les scientifiques symbolisent au niveau du cerveau par des espaces colorés en rouge. Ces troubles encéphales ne touchent pas ou n'attaquent pas uniquement les malades mentaux. Ils existent chez l'homme quels que soient son niveau social, professionnel, son âge.

La personne attaquée par ces douleurs a toujours besoin de faire bouger son corps, de se faire entendre, de chercher de l'aide et de marquer un point de sensibilité chez son prochain ou bien elle a envie de secouer, de brutaliser son corps afin de se soulager temporairement ou définitivement. Le théâtre offre en permanence des activités qui font bouger le corps et qui assurent une ouverture et un soulagement de l'esprit. Le corps bénéficie des mouvements circulaires du sang et de la respiration.

Les problèmes ou difficultés mentaux provoquant des agissements corporels sont nombreux. Il y a par exemple les maladies de la vésicule biliaire : l'esprit peut parfois stocker en masse les troubles mentaux dans la tête sous forme de poire. C'est ce que les scientifiques appellent au niveau du cerveau : un organe piriforme en charge de stocker la bile et qui la libère une fois que le corps a besoin de l'utiliser dans ses agissements. Le monde du théâtre s'intéresse à ce type de maladies puisque la vésicule biliaire est en contact direct avec l'extérieur. Les facteurs de ces agissements sont en rapports avec la vie sociale, le courage de se battre ou de mener la lutte ainsi de faire face aux différents obstacles de la vie. Le jeu de l'art dramatique trouve son intérêt au centre du patient pour faire de son imagination un esprit de conquête.

Quels sentiments ou quelles émotions très poussées peuvent généralement provoquer des maladies comme celles de la vésicule biliaire chez la personne souffrante ? C'est possible lorsqu'elle a trop de la haine ou « *se fait de la bile* », qu'elle s'inquiète trop ou lorsqu'elle a un sentiment d'injustice à son égard ou lorsqu'elle a trop d'angoisse, de peur ou de stress. Il est de même en cas de colère non gérée ou lorsqu'elle devient trop rancunière. Ces émotions troublantes se présentent aussi chez les bébés, les enfants et les adolescents sous la forme d'agissements incontrôlables, d'agressivité, de pleurs et de plaintes ou autres. Ces expressions provoquent par conséquent des jugements durs envers soi-même, un autre regard de la société et la peur du jugement des autres ou de leurs préjugés.

Le corps cherche par conséquent un lieu de refuge pour extérioriser ces émotions. Il fait donc référence à l'amertume intérieure ainsi qu'au mécontentement soit envers lui-même soit envers son entourage. Il a besoin d'agir immédiatement ou il a un désir de revanche, il a une jalousie non exprimée. Il veut absolument montrer de quoi il est capable. Il veut aller de l'avant, mais il se sent limité par la peur ou la peur de perdre et le stress.

« *AHYOUHM* :

Pourquoi tous ces problèmes qui pèsent sur moi ? Pourquoi je n'écoute pas mon père ? Non, pas cette question, c'est comme si je doutais de moi et de mes décisions. Horrible, monstrueuse comme vie. Ô Dieu, que mon corps se dissolve et s'évapore cette nuit dans l'obscurité au-delà de ma vue.

Que c'est pénible et pesant comme vie,

Ni dans la tradition,

Ni dans la modernité,

Ni dans ce noir obscur

N'exprime vraiment pas mon mode de vie ou mon chagrin d'amour ni mes problèmes [...] »⁷⁹⁵

Depuis l'Antiquité jusqu'aujourd'hui, la thématique de la douleur est omniprésente dans l'ensemble ou la plupart des conventions et des traités médicaux, mais aussi ceux de la culture en général et plus particulièrement l'art théâtral. Elle intéresse les assises mondiales puisqu'elle est un des facteurs qui constituent le moyen ou parfois l'unique voie qui guide le médecin à établir un diagnostic et prévoir une thérapie possible. Le théâtre s'approprie le sujet par la simple raison qu'il est le premier ou parmi les premiers arts qui étudient en large les expressions corporelles et peut proposer des solutions d'accompagnement.

La douleur omniprésente est la voix ou l'expression du malade considéré par les scientifiques dans la pratique médicale comme le grand muet de la littérature médicale. À défaut de la parole qui retrace le monopole de la relation médecin-patient, les expressions du corps facilitent la lecture, l'accessibilité et la compréhension de la maladie dont souffre le patient.

A] LA PAROLE DU PATIENT - SIGNE DE LA MALADIE OU DE LA DOULEUR

Dans cette partie qui étudie la parole du patient dans sa maladie et dans ses douleurs apparaît une grande difficulté, puisque certains patients ne sont pas en mesure de comprendre ou de faire la lecture de leurs maux pour pouvoir ensuite les exprimer verbalement. C'est par le dialogue que le médecin arrive à cerner son patient et sa maladie. Il est le seul moyen par lequel le praticien arrive à appréhender la douleur et à cibler la région souffrante du corps.

Ainsi d'un patient qui maîtrise bien sa maladie et qui arrive à s'exprimer facilement : le médecin n'a pas d'inquiétude envers son malade et il arrive à canaliser sa douleur avec une prescription de médicaments. Le médecin n'a pas à lui demander d'être plus précis ou de fournir des explications complémentaires ou de lui montrer l'endroit où il a plus de mal.

À l'inverse, lorsque le médecin a en face de lui un patient qui n'est pas capable de s'exprimer ou qui a des difficultés pour s'exprimer par peur ou stress ou par la souffrance de la douleur, le jeu dramatique lui offre une possibilité de prendre peu à peu sa parole et de s'affirmer, ainsi que comprendre sa maladie. Mettre le patient au milieu du cercle, lui accorder le monopole de la parole avec des outils lui servant de diminuer son stress, le regard fixé aux yeux d'une personne qui lui paraît très attachée à son histoire, le patient gagne confiance en soi et s'exprime ouvertement. Il ne sait toujours pas de quelle maladie il souffre, mais par une

⁷⁹⁵ Hassani Mzè Hamadi AHAMED YOUSSEF, « Conflit entre générations », *op. cit.*, p. 54.

simple question, le praticien médical comprendra de quelle maladie il s'agit. Il suffit de lui demander de décrire le genre de douleur dont il souffre, ce qu'il ressent. Tel est le cas du déroulement de plusieurs ateliers de théâtre thérapeutique. La réponse du patient qualifie sa douleur qui peut être une douleur mordante, mais le médecin doit être vigilant et attentif, car la parole donnée n'est parfois pas la parole exacte définissant la maladie, mais cela peut être sa simple interprétation. Toutefois, le médecin prend des notes lors de l'atelier et les insère dans son interprétation technique en termes de référence.

Molière a montré à plusieurs reprises que les médecins ne doivent pas se fier à la parole du patient puisque tout ce qu'il raconte peut ne pas être vrai. La maladie reste aussi vraisemblable, mais la douleur est toujours vraie, car elle existe chez le malade. Quand Sganarelle de Molière racontait ses douleurs fictionnelles, il avait dans ses bobards ou ses « *embarcations* » l'ultime conviction qu'il était malade, pourtant ce n'était pas le cas, mais l'existence de la douleur était vraie.

La parole du patient, quelquefois maladroite, faible d'arguments, hésitante et parfois approximative par l'effet de la douleur, qui peut être aussi indivisible et inexprimable, demande l'attention permanente du médecin auprès de son malade dans la mesure où celle-ci s'inscrit dans la tradition médicale mise en place par le Serment d'Hippocrate.

Contrairement à cette pratique qui met en valeur la parole du patient, il y a un autre courant mené par les médecins méthodiques les plus fondamentalistes qui sont opposables à la parole du patient. Ils ne sollicitent pas du tout leur parole puisqu'elle n'a pas de sens selon eux. Ils se contentent de l'affection relâchée, exprimée ou resserrée et qui est repérée par le regard pour établir un traitement. Cette pratique est appelée souvent « la médecine de l'évidence » ou plutôt « le regard souverain. » La parole est entièrement éliminée dans ce genre de pratiques. D'autres courants qualifient cette pratique d'extrêmement bonne pour les animaux, car ils n'ont pas droit à la parole.

La pièce *Knock ou le triomphe de la médecine*⁷⁹⁶ démontre que c'est à travers la parole du patient que le médecin trouve la seule porte d'accès vers la lecture de sa douleur. De là naît la tâche très difficile du médecin : l'interprétation des paroles données pour identifier d'une part, la ou les régions souffrantes de la douleur et, d'autre part, pour appréhender dans son interprétation un cas possible définissant la maladie.

Au niveau de la parole symbolisant le lien direct entre médecin et son patient naissent des mensonges et des mystifications qu'il est parfois pénible de croire. Les paroles de l'un et de l'autre, c'est-à-dire le médecin le patient, méritent une surveillance. Ils peuvent mentir ensemble et chacun de leur côté ou l'un peut mentir à l'autre. Toutefois, comme il a été déjà montré, le patient peut mentir sur sa maladie, mais pas sur ses douleurs. Mais le médecin peut aussi mentir sur sa prescription.

1) Le dialogue entre le médecin traitant et son patient

Cette partie est la plus sensible de la relation soignant/soigné. Comment la confiance dans la parole de l'autre peut-elle exister ? Dans la majorité des expérimentations des grands hommes de théâtre tels que Molière, il est très difficile de croire que ce que le patient dit est

⁷⁹⁶ Jules ROMAINS, « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », *op. cit.*

une vérité absolue, comme dans le cas du *Malade imaginaire*⁷⁹⁷. Mais il est aussi évident de constater que toute observation médicale n'est forcément pas bonne ou que le médecin donne son vrai diagnostic en fonction de son savoir-faire, comme dans le cas du *Docteur Knock*⁷⁹⁸. Quand est-ce que l'un d'eux comprendra que l'autre ment ?

Le mensonge verbal du patient est enseveli par sa douleur tant morale que physique. Envahi par la souffrance de la douleur, c'est une personne incapable d'écouter ou de comprendre ce qui se passe dans son corps et vraisemblablement ses paroles contiennent des mensonges. Il peut évoquer des douleurs, qu'elles soient morales ou physiques, mais elles sont introuvables par la science médicale. Il peut se dire malade à tout moment et pourtant il y a point de maladie. Parfois, il peut inventer des douleurs dans le but d'attirer l'attention du médecin ou pour justifier son urgence. Peut-il considérer la non-maîtrise de son corps comme étant des mensonges voulus ? Même si la personne s'y connaît ou si elle appartient au corps médical, il est difficile pour elle d'expliquer sa maladie lorsqu'elle est très souffrante. Le médecin et physiologiste Claude Galien⁷⁹⁹ a lui-même donné une expérience très claire lorsqu'il a voulu décrire verbalement sa maladie en tant que malade épuisé et en proie à des douleurs intenses. Il n'était pas capable de décrire la douleur qui le torturait de jour en jour. Ce n'était que des douleurs au fond de son ventre comme si son ventre était perforé et troué avec un trépan ou une perceuse.

Dans le cas du médecin menteur, il est facile pour un confrère praticien de remarquer que le médecin ment dans son diagnostic. Or, le malade n'est pas capable de comprendre ou de discerner le discours du médecin. Il prend comme vérité chaque mot donné par son praticien médical. Le *Docteur Knock*⁸⁰⁰, dans son discours, savait pertinemment qu'il arnaquait ses patients en leur donnant des observations et des prescriptions indignes et inconcevables chez un vrai médecin.

Le *Docteur Knock*⁸⁰¹ profitait de la faiblesse et de la douleur inexplicable de ses patients pour donner un diagnostic à travers des astuces métaphoriques. Il expliquait et il cherchait sur un ton très comique comment ses patients se sentaient en leur posant la question suivante : « *Est-ce que ça vous chatouille ou est-ce que ça vous grattouille ?* »⁸⁰².

Le style du *Docteur Knock*⁸⁰³ est devenu très fréquent chez la majorité des médecins d'aujourd'hui. Ils essaient de jongler avec les mots, de contourner la douleur en ramenant le malade dans un axe différent de celui qu'il a envie de décrire. Par exemple en lui demandant s'il a mal à la tête ou au niveau du dos, sans lui donner la possibilité de s'exprimer. Le pire est quand le médecin lui demande de situer sa douleur en lui donnant une échelle d'intensité et en lui proposant des variations de chiffres (de 1 à 10). Il est donc visible que la parole du patient est réduite à une indication de chiffres et notée en pourcentage.

⁷⁹⁷ MOLIÈRE, « *Le malade imaginaire* », *op. cit.*

⁷⁹⁸ Jules ROMAINS, « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », *op. cit.*

⁷⁹⁹ www.wikipedia.org/wiki/Claude_Galien

⁸⁰⁰ Jules ROMAINS, « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », *op. cit.*

⁸⁰¹ *Ibid.*

⁸⁰² *Ibid.*, acte II, scène 1. p. 62.

⁸⁰³ Jules ROMAINS, « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », *op. cit.*

a) Un exemple de l'atelier de Bachirou M'HOUMADI

Le travail du théâtre dans cette forme de thérapie est de mener des activités sous forme d'études. Il interroge à la fois la voix de la douleur que ressent le malade et les avancées du médecin. Dans les ateliers thérapeutiques, les artistes ne sont jamais surpris par la douleur exprimée verbalement par des patients puisqu'ils savent déjà par leurs méthodes théâtrales dissimuler, procréer, inventer et inciter, mais ils vont en tenir compte quand même dans les indications thérapeutiques. Les professionnels du théâtre acceptent que le corps fournisse des milliers d'expressions symbolisant la douleur que parfois le corps lui-même n'est pas en mesure de formaliser oralement et que le médecin lui-même ne peut extraire du corps ni observer à l'œil nu. La douleur reste pour eux et pour les malades une tension très forte, universelle, qui décrit vraisemblablement les caractéristiques de la maladie qui trouble et qui gêne la personne en souffrance. Bachirou M'houmadi, metteur en scène de la Compagnie Zawadanse des Comores et de la Compagnie Bahari expliquait lors d'un entretien que la douleur constitue quatre parties dont trois parties sont indispensables à l'étude médicale. Les trois parties sont : la partie diététique, la partie chirurgicale et la partie pharmaceutique. Il n'y a que la quatrième partie qui intéresse la recherche artistique : la partie émotionnelle. Dans les différentes expérimentations corporelles exercées dans les ateliers théâtre, chaque affection trouve vraisemblablement une place dans l'émotion ou dans la douleur fournies par le sujet faisant l'objet d'études. Il n'y a pas de douleur mise de côté, chaque douleur symbolise une région infectée.

Par exemple une personne qui souffre d'une rage des dents. Une observation simple faite dans un atelier⁸⁰⁴ de Bachirou M'houmadi montre qu'avant de passer à la prescription ou à l'administration des médicaments, la personne souffrante définissait son mal comme une simple douleur dentaire. Il a mis en scène deux comédiens : Ali Amada Moussouandi qui jouait le rôle du patient et Youssouf Adinane qui avait le rôle du médecin. Au début de l'expérimentation, Ali Amada Moussouandi entre en scène en posant sa main sur la joue, s'abstenant de parler, le visage frustré et s'asseyant sur une chaise devant une table avec son repas posé sur la table. Il n'arrivait pas à manger. Tous ces éléments montrent ou expriment à la fois la désignation et le symptôme du mal, de la douleur et de la maladie. En allant chez le médecin, un diagnostic est établi après avoir fait une lecture de l'ensemble de ses émotions, mais aussi après l'avoir écouté et après avoir trié chaque mot expliquant ses agitations. À partir de là, l'intervention chirurgicale sera décidée en conséquence. Toutefois, le médecin a mal compris l'indication de la dent faisant l'objet de la douleur et il a effectué son intervention chirurgicale sur une autre dent. Le patient est reparti avec sa maladie et sa douleur puisque le médecin n'avait pas le droit de faire deux interventions le même jour. Enfin, la phase finale est celle de la partie pharmaceutique avec la prescription des médicaments, mais le malade est contraint de revenir un autre jour pour la vraie dent malade.

Le metteur en scène a voulu démontrer que la parole du patient est indispensable dans la pratique médicale, mais aussi qu'elle doit être dite avec des mots bien précis et choisis. Elle est parfois trompeuse et elle peut tout changer sur la compréhension de la maladie. Le patient ne parlait pas très bien puisqu'il n'arrivait pas à ouvrir sa bouche et il y a donc eu un défaut de

⁸⁰⁴ Bachirou M'HOUMADI, *Atelier théâtre et santé*, au CLAC., Ikoni, Comores, session juillet 2016.

communication. Par conséquent, le médecin était mal orienté, ce qui l'a conduit à faire une mauvaise intervention.

b) Le déguisement du comédien pour expliquer les effets du diarrhée

Dans les mêmes expérimentations⁸⁰⁵ du metteur scène Bachirou M'houmadi, trois comédiens sont mis dans le cercle de l'atelier et il leur a demandé de faire une création, un travail d'improvisation. La seule consigne donnée était une maladie provoquée par le stress. Le travail est effectué par Naïmata, jouant le rôle du patient, Ibrahim Saïd, le père du patient et enfin Youssouf Adinane, incarnant encore une fois le personnage du médecin.

La scène débute à la maison, chez Ibrahim Saïd. Sa fille est en train de réviser ses leçons de technique d'expression orale pour préparer un entretien d'embauche. Lors de la révision, la jeune fille n'arrive pas à s'en sortir. Elle se voit bloquée dans chacune des phrases tout au début de sa présentation. Pourtant, elle avait bien compris la leçon et elle maîtrisait parfaitement les expressions. Elle commence à stresser et elle appelle son père pour venir l'aider à réviser. Son père essaie de l'aider, mais il n'arrive pas à lui apporter grand-chose. Il lui crie dessus en la traitant de paresseuse. Il lui met la pression. Elle est à la première phase du stress qui est la réaction d'alarme. Le temps passe et Naïmata perd patience et stresse de plus en plus. Par les effets du stress, elle commence à avoir mal au ventre, c'est-à-dire que le cerveau commence à lâcher puisqu'il est touché par l'angoisse dont souffre la jeune fille. Elle a donc dépassé la deuxième phase du stress appelé le stade de la résistance. Par conséquent, elle commence à avoir besoin d'aller aux toilettes pour faire pipi. Son état de trouble mental évolue chaque minute et sa douleur ventrale se transforme en une forme de diarrhée. Naïmata ferme ses cahiers et elle fait des va-et-vient aux toilettes, elle dit qu'elle n'arrive pas à réviser parce qu'elle a la diarrhée. À ce niveau de la troisième phase, c'est ce que les théoriciens appellent phase de l'épuisement. Il y a une réaction directe à cette agression morale. Son père a cru à la présence d'une vraie diarrhée et il l'amène chez le médecin. Quand il commence à lui poser des questions, le médecin fait allusion à un problème alimentaire. Toutefois, lorsque la jeune fille lui explique l'histoire, il comprend tout de suite qu'il ne s'agit pas d'une vraie diarrhée ou plutôt qu'elle n'est pas provoquée par un problème alimentaire, mais qu'il s'agit d'une diarrhée à facteur de stress et d'angoisse. Il lui prescrit des médicaments contre le stress et l'anxiété, car le stress provoque vraisemblablement des maladies ou des douleurs.

2) La somatisation chez le malade

L'intérêt de cette recherche est de montrer la somatisation d'un corps lorsqu'il est souffrant ou qu'il manifeste un mal-être tant physique que psychologique. Mais l'étude de la somatisation est beaucoup utilisée sur le plan psychologique, car le corps a besoin d'un soutien moral pour se maintenir en bonne santé. Plus l'individu est touché par des agitations morales, d'angoisses, d'anxiétés, de douleurs, de fatigues ou de stress, plus cela accélère l'installation de la somatisation qui va rythmer son quotidien dès qu'une de ces émotions est signalée dans son corps. Elle évoque des souffrances distinctes, localisées dans différentes

⁸⁰⁵ *Ibid.*, session août 2017

régions du corps, mais le fait de somatiser ses émotions explique bien plus que cela. La pratique du théâtre thérapeutique évoque un mal-être ou toutes sortes de plaintes qui se caractérisent par des symptômes définis ou semblables à une maladie. La somatisation représente l'urgence, elle est l'appel ou le signal d'alarme qui demande de s'occuper de soi, de s'écouter afin de comprendre de quoi le corps mental est infecté et de reconnaître l'existence d'un trouble psychologique. C'est donc le moment idéal pour avoir un langage corporel ayant le pouvoir d'imprimer sur le visage toute émotion qui lui est propre. C'est par cette expression que se constate un dérèglement du psychisme ainsi que la souffrance de l'âme. Le metteur en scène expliquait encore que l'intérêt recherché dépasse le niveau de « *pourquoi je somatise ?* » vers un autre point de vue, celui de « *comment je somatise ?* ». La pratique de la somatisation demande le déverrouillage et le décodage du langage corporel de la personne souffrante pour accéder au système d'interactions entre les mystères de la psyché et celui de la physiologie.

a) La recherche du théâtre dans la somatisation du patient

Se pose alors la question : qu'est-ce que la somatisation du patient ? Tout d'abord, le « *soma* » vient du grec et signifie « *corps* ». Dans l'art dramatique le terme de somatisation est la transcription directe marquant la présence d'un conflit ou d'un trouble psychique qui affecte le corps physique par opposition au corps psychique et considéré comme des effets somatiques. La somatisation est repérée vers la fin du 19^e siècle dans plusieurs observations des maladies chroniques, particulièrement des troubles qui se manifestent chez les femmes souffrant d'une sensibilité du système nerveux, comme dans le cas d'une crise d'hystérie. L'art de Molière élargit encore cette analyse et il la considère comme une névrose, indiquant un trouble de sensibilité dans le fonctionnement du système nerveux, caractérisé par des postures ou des attitudes théâtrales telles que des excitations ou des agitations bruyantes de la personne en crise. Il s'agit d'une détresse psychologique qui se manifeste souvent par des troubles neurologiques susceptibles de provoquer une paralysie du corps. Les professionnels du théâtre affirment ainsi la position de Freud et des grands médecins disant ou démontrant que c'est dans la somatisation que naît le lien entre le corps et le mental. Jusqu'aux années cinquante, certaines observations des maladies confirment l'union des facteurs psychiques dans la relation entre le corps mental, l'esprit et le corps physique. Par ces analyses, parler de la somatisation dans les ateliers ou les expérimentations du théâtre contemporain, c'est mettre en question le lien indispensable entre le mécanisme du corps et l'appareil psychique. Il est aussi question d'étudier de près toute forme d'expression marquant la présence de dérèglements ou de dysfonctionnements lorsqu'ils s'expriment sous forme de douleur corporelle cryptée.

Le théâtre impose donc d'étudier la personne examinée dans sa globalité. C'est un principe fondamental à respecter dans la pratique artistique. Selon cette règle de savoir-faire, le déchiffrement du mécanisme du corps demande ou oblige à prendre en considération l'individu dans sa généralité. C'est en quelque sorte dérisoire d'étudier le corps d'un individu en le divisant ou en séparant les éléments du corps sans considération de l'ensemble. Le corps de l'individu, au centre de l'activité théâtrale, est étudié depuis ses gestes et ses attitudes jusqu'à ses mots, ses paroles, ses émotions et toutes ses expressions faciales. C'est donc dans

la somatisation et dans toute une série des symptômes formulant la plainte de la souffrance du corps que le professionnel dramatique exerce son examen thérapeutique. Toutes formes de manifestations corporelles lors de l'expérimentation théâtrale expliquent le vécu du souffrant et son trouble psychologique. C'est au professionnel de démontrer que les maux du corps ont un lien direct avec le mal-être, avec le trouble de la psyché ou avec la blessure de l'âme.

Comment est-il possible de démontrer aux participants ou aux spectateurs la démarche de la somatisation ? L'effet commence par le trouble mental. Le mécanisme corporel reflète la difficulté, la résistance et la complexité du bien-être ou du mal-être de l'individu. Avant la présence d'un trouble psychique, le corps obéit à l'ensemble des lois tant de la physique que de la chimie. Le corps mental obéit à son tour à la loi de la puissance et de la force consciente d'une part, et, d'autre part, à celle inconsciente. Cela explique les conséquences du travail psychique. L'artiste essaie de mettre en relation la vie intérieure du patient et ses alternances, ses comportements ainsi que sa vie extérieure. Il faut retenir le fait que l'esprit reconnaît qu'une perturbation trop importante serait à l'origine des angoisses et provoquerait un dysfonctionnement du corps. Alors la stabilité mentale n'est plus, puisque le cerveau est en danger.

En principe, la conscience refuse la violente menace fournie par l'inconscience, mais plus le trouble persiste, plus l'esprit cède et le corps devient faible. Le changement de comportement gagne du terrain. Les forces internes perdent leur équilibre fonctionnel et les conséquences restent très graves puisque l'appareil psychique est déchu de ses fonctions. Toutes les expressions ou toutes les énergies exprimées sont les symptômes produits par le corps sous forme d'une manifestation corporelle. Il est impossible de pouvoir énumérer tous les différents signes de somatisation, mais l'art explique largement que les individus, face aux événements sociaux ou à ceux de la vie, réagissent d'une manière très identique, cela est un signe de la présence de la somatisation puisque chacun les exprime différemment selon ses propres expériences. Néanmoins, les troubles somatiques englobent les mouvements articulaires, neurologiques, gastriques ainsi que la physiologie des sens et du système cutané et enfin les désirs sexuels. C'est le cas par exemple de l'association de certaines douleurs de dos ou des maux de tête avec des troubles d'estomac, de diarrhées ou de vomissements. Un autre exemple est celui qui associe les troubles mentaux à problèmes sexuels tels que le manque de libido, la difficulté d'érection ou bien même d'éjaculation ou la perturbation des règles. D'autres effets peuvent expliquer la manifestation neurologique qui témoigne de la présence de la somatisation, comme perte de sensibilité évidente, des problèmes de peau ou la forte présence d'hallucinations ainsi que la boule dans la gorge. La santé du souffrant peut chuter et la somatisation trouvera le terrain propice pour installer certaines maladies psychosomatiques comme des crises d'asthme et des problèmes d'hypertension. Elles dégénèrent et ont un impact sur la vie professionnelle et sociale de l'individu.

b) Existe-t-il un moyen artistique et théâtral de repérer la somatisation ?

Les ateliers théâtre proposent comme solution à ses participants de rééquilibrer ces nœuds de troubles psychologiques par le bien-être, en commençant par l'oubli, le pardon et le fait de donner une chance au corps pour laisser à nouveau le sang circuler dans le bon sens, pour laisser la vie, l'amour, l'alimentation et l'écoute embellir le bien-être de chacun. Il faut

aussi accepter le partage, accepter l'autre, vivre sans peur, s'éloigner de la pauvreté et de la maladie. Chaque individu doit s'affirmer pour faire face à la vie et la charité doit être un élément indispensable pour la vie en communauté. Il doit :

- accepter son être, ses faiblesses et opter pour l'évolution et le développement, ne pas chercher à être parfait puisque l'homme parfait n'existe pas, mais essayer d'envisager de rester sur le bon chemin, sans se fixer un but atteindre dans un délai précis ;

- favoriser le fait de prendre soin de soi, rechercher et se donner de la douceur, faire preuve de bienveillance avec bienveillance ; participer à des activités qui plaisent et qui épanouissent et qui incitent à se donner le droit à l'existence ;

- identifier, reconnaître et accepter les émotions exprimées soit par le corps mental soit par le corps physique ; accepter le ressenti et chercher à mettre des mots ou à verbaliser les expressions faciales, les gestes et les attitudes ; prendre le courage d'écrire une lettre à la personne sujet du déclenchement des douleurs et des émotions et ensuite la brûler ou la déchirer pour libérer l'esprit ; si le corps a le pressentiment d'un mal-être, essayer de le libérer très vite pour éviter qu'il commence à envoyer le message : le mal a dit : « *Vraisemblablement la maladie ou la douleur.* »

Pour éviter la progression inquiétante de la somatisation, il faut porter une vigilance très aiguë à l'ensemble des symptômes éventuels. Il faut être capable de s'écouter et de dire non, de prendre des mesures contraignantes, de passer à autre chose ou de s'arrêter. Il revient à l'individu de dire non à l'hypocrisie et surtout d'éviter de légitimer, d'accepter la présence de l'hypocondrie. Il serait plus judicieux d'opter pour le développement de la conscience corporelle au détriment de l'installation ou de l'occupation de l'inconscience. Le décryptage des mots corporels et mentaux initie la rencontre des émotions refoulées et les effets comportementaux que la personne envisagera. Ce décodage apporte une conscience claire et éveillée des conflits instinctifs et inconscients. Il est en principe à la charge de tout individu d'engager une phase de révolution de ces deux corps et de solliciter l'aide des ateliers thérapeutiques ou de l'artiste thérapeute en cas de besoin, tout en déterminant le niveau de la sensation à y remédier. Il est bien d'être à l'écoute du corps et d'être attentif et soucieux à la psychosomatique, mais il est déconseillé à tout un chacun de tout « psychologiser. » Il suffit d'être observateur de chaque événement et fonctionnement pour ainsi être capable de comprendre qu'il y a un dysfonctionnement dû à des troubles physiques, mécaniques ou psychiques.

Le corps et l'esprit sont des amis qui sont liés parce qu'ils ont le pouvoir de contrôler et de guérir chaque symptôme psychosomatique. En restant dans la démarche d'étude globale de la personne mise en examen, la séance de psychothérapie analyse chaque partie du corps en posant des hypothèses à dimension psychocorporelle. L'artiste thérapeute est contraint de prendre en considération l'histoire du patient tant dans sa vie sociale, familiale et professionnelle que dans l'évolution de son état de santé ainsi que dans toutes ses formes de douleur évidente. L'artiste se fixe comme objectif de faciliter la parole au patient afin qu'il donne ses ressentis et conscientise très vite ses forces intérieures. Il met en pratique des séances de sophrologie et la relaxation pour envisager le bien-être du patient et faire évoluer son état de santé. Il faut donc favoriser le travail de jeu de rôle pour canaliser la conscience du patient. L'ensemble de ces méthodes artistiques, riches d'exercices corporels, reconstituent l'équilibre psychosomatique.

B] ÉCRIRE OU DIRE - UN MOYEN DE TRANSMETTRE OU DE VÉHICULER LES ÉMOTIONS DES PROFESSIONNELS ARTISTIQUES

Dans cette partie, force sera de constater que l'équipe soignante transmet ou véhicule les émotions de ses patients ou de ses propres émotions à chaque changement d'équipe. À la fin du service, l'équipe sortante va fournir toutes ses informations à l'équipe entrante. Elle peut commencer par parler de l'état de santé du patient de ses symptômes, de son état physique et moral, du traitement envisagé, de son entourage, de ses émotions, de sa compréhension, de son ressenti, et c'est à la fin qu'elle va parler des soins déjà effectués. Tout ce que les soignants échangent oralement, ils vont l'écrire aussi. Ils vont définir par exemple ceux qui doivent passer par des soins d'hygiène ou qui ont besoin d'accompagnement. Cette pratique est aussi utilisée entre l'équipe artistique et les équipes soignantes. L'équipe artistique insiste dans son résumé sur la partie où le patient est très faible et plus souffrant, par exemple s'il a des difficultés psychologiques ou s'il souffre d'une maladie chronique provoquant des troubles ou des dysfonctionnements du mécanisme corporel. Elle marquera la durée de l'exercice, signalera les patients coléreux ou qui souffrent d'anxiété, de peur ou de stress. Elle précisera ceux qui ont un sentiment d'impuissance, ceux qui ont une mauvaise compréhension ou une faible motivation aux exercices. Les artistes thérapeutiques, quand ils parlent de leurs patients, les considèrent comme une partie prenante de l'exercice en les désignant comme des participants, des résidents, des sujets ou des patients à la différence de l'équipe médicale qui les désigne par des adjectifs très spéciaux comme des mourants, des cadavres à venir, des souffrants, des malades, des patients ou par le pronom de la troisième personne du singulier masculin ou féminin (il ou elle).

Le responsable de l'équipe entrante, après avoir recueilli toute information possible verbalement, procède à une phase d'observation physique sur l'ensemble des manifestations d'émotions du patient, puis transmet verbalement les informations recueillies pour le reste de son équipe et mentionne dans le cahier de processus le soin donné au patient (son dossier).

C'est ici qu'apparaît la différence entre l'information verbale et celle mentionnée dans les dossiers des patients. L'oral est très simple, l'écrit, en revanche, demande au rédacteur un ordre lexical et syntaxique. Aussi cherche-t-il à avoir un peu plus de temps pour élaborer un contexte accessible aux non professionnels du domaine. Pour les soignants, tout s'inscrit dans le dossier infirmier, mais ce qui intéresse plus cette recherche est le rapport du professionnel artistique. Il doit être très simple et compréhensif avec des termes divers tantôt médicaux tantôt artistiques sans proposer un diagnostic. La difficulté se trouve dans la forme syntaxique qui demande à compiler ces deux langages dans un même rapport. À chaque fin de séance, l'écrit est indispensable, en revanche la transmission orale reste informative. Il y a encore un petit détail que les soignants précisent et sur lequel les artistes ne se concentrent pas : au-delà de l'écrit, ils donnent les pronostics de vie de leurs patients en utilisant dans leur transmission verbale des formules comme : « *Dans son cas, il ne va pas rester très longtemps* », « *Il est visible qu'il ne bénéficiera pas des soins de la semaine prochaine* » ou encore « *Il est fort probable qu'il ne tiendra pas cette semaine.* » Parfois, ils manifestent des sentiments de dégoût lorsqu'ils échangent les pansements de leurs patients en usant des termes forts comme : « *C'est dégueu* » ou « *dégoutant* », « *pas loin de vomir* », « *ça pue* », « *c'est*

irrésistible » ou « *je ne peux pas regarder ça.* » Mais tout cela reste la cuisine interne des soignants et ça ne fait pas l'objet de la transmission de l'information écrite.

Cette recherche constate qu'il y a de la triche ou de la dissimulation d'information puisque cette partie appelée « *cuisine* » n'existe nulle part dans les rapports ou diagnostics écrits. Ce n'est que par la voie orale que tout est permis, pourtant ces éléments participent au diagnostic oral. Ils se contentent d'écrire ce qu'ils considèrent approprié du point de vue thérapeutique et facilitant le traitement physiologique du patient.

1) Les émotions véhiculées par l'écriture

Les artistes passent leur journée à communiquer, à éduquer des comportements, à motiver des corps, à activer des expressions, à informer des mesures de santé données, à simuler des émotions avec les patients. À la fin de la journée, ils clôturent les travaux et ils passent à la rédaction des rapports des ateliers. C'est par là qu'apparaissent les émotions des praticiens artistiques associées à celles des participants.

a) L'écriture ou la peinture

Les artistes sont parfois affectés par les émotions de leurs patients, mais lors de l'exercice, personne ne remarque ces faiblesses. Ils arrivent à gérer leurs expressions. Toutefois, les indices marquant ou témoignant leurs affections apparaissent dans leurs rapports écrits. Ils sont aussi des êtres humains et ils peuvent avoir des ressentis de ce qu'ils voient tous les jours. Le fait qu'ils soient des professionnels de l'art dramatique va peut-être jouer un rôle considérable dans la gestion de leurs émotions en présence de leurs patients.

Il est possible de croiser dans leurs écrits des mots ou des expressions écrites dévoilant leurs attentions par exemple : « *J'ai été troublé par son histoire* », « *J'avais une colère noire* ». « *J'étais surpris par sa motivation* », « *Mes pieds étaient cloués au sol* », ou « *Il manquait de motivations et je l'ai poussé à bout.* » Il y a d'autres mots comme : crainte, paniquer, pleurer, peine, douloureux, pitié, inquiet, faveur, indulgent, heureux, joie, content, urgent, conflit, etc.

Il y a aussi la question délicate de l'expression de l'artiste étranger qui ne maîtrise pas forcément la langue française ou celle du patient. Leurs expressions sont parfois mélangées à d'autres langues pour s'assurer qu'ils ont bien marqué le mot qu'il faut au bon endroit.

Un autre point où les artistes manifestent leurs affections par leurs écrits et qu'ils mélangent les niveaux de langage pour être sûr que chaque personne qui aura l'occasion de lire le document comprendra facilement chaque mot et chacune des phrases. Il y a ceux qui cherchent à toucher le public en passant par le langage populaire écrit de façon sensible en utilisant la langue de la rue. Il y a un élément qui, depuis l'Antiquité jusqu'à aujourd'hui, est resté commun pour tous les artistes : la conscience. Quand ils évoquent la conscience chez l'individu, ils l'écrivent avec un style qui rassure le lecteur pour éviter qu'il leur soit reproché un manque de respect envers la personne sujet du rapport.

Par l'effet de la sensibilité du comédien face à son patient, il est encore possible pour certains de monter des petites pièces théâtrales ou des sketches pour parler de l'histoire de la personne qui a touché leur sensibilité. Ils écrivent le sujet de façon éthique que chaque

expression touchera tout le monde et chacun peut en parler en son propre langage. Le mystère de la langue écrite du comédien ou du dramaturge apparaît lorsqu'il s'agit de parler de son affliction après la mort de son patient. Ces professionnels ont une manière d'écrire pour sauvegarder une partie ou quelques éléments, les liant à l'histoire de leur défunt-patient. « *C'est la première fois que je ressens cette peur* », « *J'avoue que j'ai eu l'impression de trépider, j'ai pensé avoir perdu son message* », « *Il y a pas de souci pendant l'exercice, mais sa mort a déclenché ma conscience dans une urgence de représenter son histoire sur les scènes ou de l'écrire sur un tableau* », « *En parlant de cette histoire, j'ai l'impression que ça allait le garder vivant encore plus* », « *Il m'a quitté lorsque je l'avais serré dans mes bras* ».

Les grands hommes du théâtre utilisent de prime à bord l'écriture pour faire passer un ou plusieurs messages, quand ils sont affectés et touchés par une émotion qu'ils jugent utile de partager. Étant des hommes de l'art dramatique, ils utilisent la scène pour véhiculer en permanence leurs informations. Ils mettent en évidence la scène et le pouvoir de la métaphysique. L'écriture a, en soi, une puissance, une magie ou plutôt elle est capable d'ensorceler la conscience de l'homme pour guérir tous les troubles mentaux sans faire de bruit chez la personne soignée. Le théâtre exploite un langage physique poussé et orienté par un autre langage qui est l'écrit, un dialogue purement textuel. Un dialogue écrit noir sur blanc et parlé par des acteurs n'appartient pas seulement ou spécifiquement à l'espace dramatique, la scène est plutôt la propriété ou la richesse du livre. C'est logique puisque la scène est un espace physique vide qui demande d'être occupé et qui sollicite d'être parlé dans son propre langage. C'est donc dans le langage matériel, chose écrite, que le théâtre se différencie plus concrètement de la parole. L'écrit portant l'expression de l'auteur constitue le champ de la scène tant dans la manifestation que dans l'expression, il s'adresse directement aux sens, aux émotions, au lieu de s'adresser à l'esprit dans un premier recours, comme le fait le langage de la parole. L'émotion du maître du jeu se traduit dans son rapport et dans l'ensemble de ses écrits.

b) Y a-t-il un décalage émotionnel entre l'information écrite et l'information orale ?

Entre l'émotion déclenchée par l'information écrite et celle déclenchée par l'information orale existe un décalage dû à plusieurs facteurs. La première a un peu plus de retard sur le plan du déclenchement de l'émotion parce que la lecture demande beaucoup plus de connaissances, du temps, une facilité de compréhension, une connaissance générale et une ouverture culturelle. Lire un texte d'un grand dramaturge demande une connaissance du style d'écriture de l'auteur, avoir une notion du champ lexical du théâtre, comprendre les parties composantes du texte théâtral, etc. Il est encore conseillé d'avoir connaissance en partie ou en totalité de la bibliographie de l'auteur. Le décalage est très visible lorsque le lecteur revient deux à trois fois sur une phrase pour chercher la compréhension du texte, le message véhiculé ou pour faire une liaison avec une partie ou une phrase précédente. Il y a des lecteurs qui arrivent à comprendre le texte avec une seule lecture, mais il y en a d'autres qui cherchent à lire et relire même à plusieurs reprises pour accéder à l'information et enfin décoder le stimulus des émotions. Au moment de la lecture, le lecteur rajoute des imaginations, des gestes, des sourires et des expressions faciales étayant une scène fictive correspondante au texte.

À la différence de l'information orale, l'émetteur explique tout, fait tout avec des gestes pour influencer l'expression, le sentiment émotionnel du récepteur. Ce dernier ne se trouve pas dans le même schéma que le lecteur. Il est plus facile de provoquer les émotions du professionnel soignant par la voie orale que par la voie écrite. Par exemple, en informant par voie orale un collègue du décès d'un patient que celui-ci a eu l'occasion de soigner, cela suscitera rapidement son émotion, son affliction plus que si cela avait été écrit sur un papier noir sur blanc. Elle rappelle le déroulement de la journée et elle reprend l'histoire personnelle du patient. Elle indique toutes ses souffrances, l'évolution de sa maladie, précise le début de prise de service jusqu'au moment du décès. La compréhension du récepteur cible de l'information a parfois la même vitesse que la parole de l'émetteur. Entre les deux, le décalage est minime, par conséquent l'expression émotionnelle ne tarde pas.

Il existe entre l'écrit et l'oral une autre forme de décalage constaté dans la pratique médicale entre l'équipe sortante et l'équipe entrante. La première donne toute information à l'oral à l'équipe entrante avec des petits détails qui peuvent attirer l'attention de l'équipe. Cependant, l'information écrite prendra un peu de retard en attendant que le rédacteur de l'équipe sortante élabore son texte portant les informations générales de son patient avant de quitter son travail. Dans ce cas, il y aura encore une fois un décalage dans le déclenchement des émotions de l'équipe entrante, puisqu'elle sera dans l'obligation d'attendre le rapport.

L'avantage de l'information véhiculée par la voie orale est que les professionnels peuvent entre eux se partager verbalement des indices retenus lors de soins au patient. Ils sont considérés comme des informations retenues de façon informelle. Par exemple : la douleur du patient, son anxiété, sa peur de la maladie, sa peur de rentrer chez lui, son stress, son bien-être, son espoir ou son envie de vivre, son moment de joie et/ou toutes les informations dont il s'exprimait de façon déroutante concernant son hospitalisation ou sa santé.

Les membres de la famille du futur défunt touchent largement l'émotion du praticien médical lorsque ce dernier est contraint de donner suite à un examen médical, un diagnostic, ou d'informer le décès de son patient. Il y a dans ses paroles des ressentis émotionnels internes qui parfois s'expriment intensivement vers l'externe. Il est touchant lorsqu'un patient très souffrant confie à son médecin un message personnel ou familial, ou informe sa soignante préférée de façon informelle et verbale du mal qui gangrène sa santé et son corps physique.

2) Est-il possible de contrôler les émotions ?

Certes, il y a une possibilité de contrôler les émotions, mais il ne faut pas croire que les étapes décrites ici suffiront pour assurer la gestion des émotions tant physiques que morales. Au contraire, cela demande à tout individu une grande vigilance dans l'ensemble de ses systèmes de contrôle émotionnel.

Le théâtre aide le professionnel affecté par les émotions ou les expressions de son patient, de la même manière qu'il aide les patients ou l'ensemble des participants. Ces débordements émotionnels exprimés par les professionnels de santé sont exceptionnels, puisqu'ils sont soutenus non seulement par l'équipe soignante, mais aussi par les artistes exerçant dans leurs établissements respectifs, par leurs familles et par leurs psychologues du travail. Généralement, certains établissements forment leurs praticiens sur la manière d'annoncer un diagnostic, de prendre en charge les émotions du patient. Ces formations

trouvent un appui de force dans les ateliers théâtre à l'hôpital. Un praticien formé lorsqu'il annonce un décès par exemple s'exprimera de façon déterminante et claire avec attention, à la différence d'un jeune stagiaire qui n'a pas bénéficié de cette formation qui annoncera l'information de façon un peu troublante ou gênante.

Prenons l'exemple de l'annonce d'un décès aux ateliers théâtre, un malade jouant le rôle du médecin venant annoncer à la famille du défunt l'information capitale de la mort de son patient. En arrivant devant la personne qui jouait le personnage de membre de la famille, il a commencé à expliquer la souffrance, la douleur, la peur, l'angoisse qu'a connues son patient durant sa maladie et à chaque fois qu'il prononce une phrase de façon très brute, manquant de souplesse et de sagesse, le maître du jeu dramatique, avec le soutien du médecin, l'aide à reformuler sa phrase et reprendre son information. En arrivant sur l'information principale – la mort – il a commencé à pleurer avant que le membre de la famille soit touché par son information. Il n'a pas pu contrôler son émotion. Il a fallu donc faire intervenir son équipe assurant les soins palliatifs du patient pour finaliser l'information, mais aussi pour aider leur collègue à contrôler ses émotions. Son équipe lui explique ce qu'est la souffrance, la maladie et la mort afin de le consoler, le reconforter dans le but de maîtriser ses émotions. Il a diminué ses pleurs et il revient dans le jeu. Seulement, il a été très touché par l'information qu'il a lui-même fournie à la famille, parce que lorsqu'il donnait ses explications, il a tout de suite compris qu'il doit en faire autant lorsqu'il sera appelé à faire face à une situation identique tout en sachant qu'il est lui-même un malade souffrant.

Le comédien-médiateur expliquait à son assistance qu'il faut éviter des mots ou des expressions marquant une forme d'égoïsme, de lâcheté telle que : « *Tu ne peux pas être triste, tu ne le connais pas* », « *Il n'est pas de ta famille* », « *De toute façon, il souffrait* », ou « *Oublie tout ça, tu as fait ce que tu as pu* ». Ces expressions montrent que personne ne doit être affecté sauf si le défunt faisait partie de ses proches, de sa famille ou de son entourage professionnel. C'est ce que les artistes appellent un égoïsme attaché à la douleur des proches.

Néanmoins, les hôpitaux ont peu de spécialistes, d'infirmiers spécialistes et de diplômés en soins palliatifs, par conséquent les professionnels développent chacun de son côté des stratégies propres pour accompagner les malades dans leurs soins curatifs dont certains meurent de jour en jour.

Toutefois, le théâtre propose aux établissements de soins un accompagnement orienté avec des outils stratégiques aidant cette partie du savoir-faire médical préconisé par la déontologie hospitalière. Il propose encore des attitudes et des postures adéquates vis-à-vis de la personnalité du malade, ce qui est aussi considéré comme un atout du métier. Il faut donc éviter d'agir et de réagir individuellement. Il faut concevoir un moyen de travailler en équipe, quels que soient l'état du patient, les émotions qu'il reflète et ses jugements. Il faut partager les savoirs acquis lors des soins même si cela l'a été de façon informelle. Tout cela permettra aux co-équipiers de savoir par où commencer et comment faire pour aider ou pour soutenir les membres de l'équipe troublés en raison d'un attachement émotionnel à leur patient.

a) Le débordement émotionnel du professionnel médical

Le débordement émotionnel chez le praticien existe et il est remarquable dans ses écrits et surtout au moment où il écrit des phrases, des expressions ou des mots inutiles et qui

ne servent à rien, ni aux équipes soignantes ni au patient ou aux membres de sa famille. Par exemple, le fait d'écrire dans le rapport que « *L'équipe soignante a reçu la famille à 11 h 20.* » Cette phrase n'apporte pas un élément nouveau dans le processus de soins de santé du patient. Il en est encore de même lorsqu'apparaissent des mots ou des phrases choquantes et provocantes, des réactions émotionnelles inattendues des membres de la famille. « *Il ne méritait pas tout ça* », « *Ça n'était pas le moment, mais il est parti quand même* » ou « *Si j'avais la possibilité de retarder son départ, je l'aurais fait* », par exemple. Ce genre de phrase est absolument interdit dans les rapports des praticiens médicaux.

Une question paraît encore importante dans cet écrit. Est-il possible ou souhaitable de marquer les émotions du patient dans le rapport des infirmiers ? Dans ce cas, lors des interrogations ou des enquêtes de cette recherche, il y a eu plusieurs retours différents. Certains patients disent qu'ils sont favorables à l'idée de mentionner leurs ressentis, puisqu'ils veulent que leurs familles sachent tout sur eux. D'autres disent qu'il serait mieux de ne pas relever leurs émotions pour ne pas choquer ou inquiéter un peu plus leurs familles.

Des professionnels médicaux et paramédicaux se demandent encore pourquoi écrire les ressentis de leurs patients dans le rapport, sachant que ce rapport est dressé à l'attention de l'équipe en charge de soins du patient. En revanche, la majorité des artistes s'attachent à l'idée d'écrire noir sur blanc les ressentis des malades, même si cela fait partie du dossier établi à l'attention des infirmiers. La philosophie artistique attachée à cette idée est de stimuler le plus profondément possible leurs émotions afin de s'assurer que le patient sera pris en charge avec attachement. Ils ne considèrent pas que le fait de marquer le ressenti d'un patient dans le rapport infirmier est un débordement émotionnel, mais plutôt un début de prise en charge pour le patient et pour le professionnel affecté par ces émotions.

b) La prise en charge émotionnelle

La prise en charge émotionnelle des professionnels médicaux ou paramédicaux a une envergure très théâtrale. Ils cachent leurs ressentis devant leurs patients. Ils ne manifestent rien lorsqu'ils sont dans les chambres de soins qui servent d'espace d'intimité du malade. Avant la mise en place du théâtre à l'hôpital, les praticiens, après avoir été touchés par l'émotion de leur patient, sortaient de la chambre pour se reposer dans les couloirs et posaient leurs têtes contre les murs pour dégager et soulager leurs ressentis. Parfois, ils terminaient les soins et s'en allaient dans leur bureau, s'enfermaient seuls pour un moment afin de gérer et contrôler les expressions émotionnelles.

Maintenant, la majorité d'entre eux favorisent leurs participations aux ateliers théâtre pour manifester leurs attachements avec tel ou tel patient. Ils viennent pour prendre beaucoup d'informations au sujet des soins : savoir, comprendre, histoire personnelle ou familiale, origine de la maladie, angoisse, peur ou stress et autres dans le but de trouver la bonne attitude, le bon comportement et la posture à avoir devant ou avec le patient.

Le couloir qui était un lieu transitoire pour les soignants est moins fréquenté, mais quelques-uns ont recours à cet endroit pour faire le vide, soulager le trop-plein des expressions et des troubles émotionnels emmagasinés lors de soins dans la chambre, en attendant le grand moment de l'art dramatique pour tout vider dans leur tête. Les murs des couloirs ne servent que de frontières régulatrices des ressentis et des émotions des praticiens.

Cette recherche fait comprendre que les couloirs doivent être respectés et il serait mieux de ne plus exposer des émotions puisque non seulement ils constituent un espace de déplacement des membres de la famille du patient, mais aussi celui de discussions, de divertissements et d'épanchements. En revanche, pour les équipes soignantes, les couloirs constituent un espace de travail, de soulagement et aussi transitoire.

Pour faciliter la prise en charge des professionnels médicaux et paramédicaux, il y a des lieux réservés uniquement aux professionnels et qui sont inaccessibles aux visiteurs. Tout peut se passer à la salle réservée aux médecins, aux soins infirmiers, à l'espace de détente et de décompression, comme parfois ils peuvent se réconforter tous ensemble au moment du déjeuner. Tous ces endroits servent comme des espaces de régulations et de gestions ainsi que de prise en charge des flux des expressions émotionnelles des praticiens médicaux.

La parole donnée aux professionnels du service curatif constitue pour eux un moment de partage, de réconfort, d'écoute, mais aussi de manifestation d'expression et les aide à oublier rapidement le patient qui les a quittés même si le lendemain il y aura un nouveau décès. Partager avec les membres de la famille et les patients eux-mêmes les aide à contourner leurs douleurs et maîtriser leurs expressions pour pouvoir reprendre leur travail. Le fait de pérenniser les ateliers théâtre en qualité d'écoute, de création et d'accompagnement aidera en permanence les équipes soignantes à oublier le nom du patient mort pour éviter le cumul des cadavres dans leurs espaces psychologiques. La prise en charge aide aussi à diminuer chez les professionnels la multiplication des cauchemars, les tensions créées par les comportements du patient.

Auparavant, chaque professionnel rapportait ses histoires de la journée pour discuter et lancer des plaisanteries et même créer des fous rires pour libérer des émotions ou des pressions jugées trop fortes. Actuellement, ils viennent tous dans les ateliers et ils participent à la création, ils racontent des histoires pour faire rire, d'autres recréent leur journée en atelier pour dégager les intentions. Le rire est ici un facteur de rassemblement et de convivialité entre le soignant et le soigné. Cette observation est bien confirmée par Henri Bergson dans son ouvrage *Le rire*⁸⁰⁶ qui expliquait que le comique peut ressortir dans tout incident qui attire l'attention sur le physique d'un individu alors sa souffrance et sa mort sont en cause. L'homme peut rechercher son rire dans l'inadéquation entre le corps souffrant et l'esprit du malade. Il retrouve son rire dans les maux des autres. Dans le jeu dramatique à l'hôpital, le rire est perçu par les comédiens comme une forme d'expression de la pensée et un moyen de renforcer la cohésion et de détourner toutes émotions possibles. C'est en effet les aide-soignants et les infirmiers qui ont la tâche de vaincre la maladie de leurs patients qui sont les plus affectés par les émotions des malades, puisqu'ils sont les interlocuteurs directs les plus proches. Ils tentent par conséquent de maîtriser leurs émotions par le savoir-faire artistique auprès des hommes du théâtre à l'hôpital en parlant des malades ou des effets de la maladie ou de toutes autres formes d'art comme l'écrit, la lecture, la peinture, la musique, les arts plastiques et autres. Dans tous les cas, le respect du malade et de sa maladie, de son corps, de sa personne constitue une obligation dans la résidence artistique. Cette prise en charge ne s'arrête pas là, elle va jusqu'au renforcement des groupes ou des équipes soignantes, à la

⁸⁰⁶ Henri BERGSON, « *Le rire, Essai sur la signification du comique* », quarante-cinquième édition, Paris, Librairie Félix Alcan, 1938

solidification du travail d'équipe, à l'encouragement du traitement collectif des ressentis ou des émotions, à la solidarisation du lien entre eux et leurs patients.

PARAGRAPHE 2 - L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ET LEURS PROCHES

Pendant la période de soins hospitaliers, le patient et sa famille ont le privilège d'avoir un accompagnement thérapeutique fourni par des artistes sous forme de résidences de créations, d'ateliers d'échanges, de représentations théâtrales, de séances d'improvisations, que ce soit en groupe ou en individuel. Ce travail impose à l'artiste et à tout professionnel médical ou paramédical participant à l'activité d'art dramatique, un minimum de connaissance de l'art théâtral, de savoir-être et de savoir-faire pour bien assurer la qualité du service rendu et son suivi. Les activités doivent avoir une qualité d'ouverture incitant les participants à s'inscrire massivement dans la démarche culturelle. La participation massive aux ateliers justifie ou témoigne de la confiance que les familles et leurs malades ont envers les artistes et plus particulièrement envers leur travail.

AJ DU SAVOIR-ÊTRE ET DU SAVOIR-FAIRE POUR LES ACCOMPAGNATEURS DES MALADES ET DES PROCHES

La question principale de cette partie est de chercher à savoir comment accompagner le malade et ses proches par un travail de qualité. Quelles attitudes adopter dans l'accompagnement ?

Avant de répondre à ces questions, il est important de préciser qu'il serait essentiel que l'Ordre des médecins participe à cette organisation d'accompagnement et d'évolution de l'état de santé du patient, comme il le fait dans l'accompagnement thérapeutique exercé par les praticiens médicaux et paramédicaux. Son implication reste jusqu'à maintenant indispensable à la fois dans la formation spécialisée des artistes et des praticiens de l'hôpital participants, mais aussi dans le contrôle de qualité de l'art thérapeutique fourni. Il en est de même pour la qualité et le style de soins et pour l'évaluation du savoir-faire et du savoir-être de chacun. Il doit orienter son implication en vue de travailler avec la Fédération Française d'Art-thérapie et la Ligue professionnelle d'art-thérapie, c'est-à-dire qu'il doit coopérer avec tous ceux qui œuvrent de près ou de loin dans cette discipline à forte valeur ajoutée.

Chaque artiste, médicateur, thérapeute, médiateur, psychothérapeute et volontaire doit avoir des notions de pédagogie médicale du citoyen, de pédagogie artistique et de bien-être, que le patient soit malade ou en bonne santé. Le savoir-faire et le savoir-être s'imposent aussi dans l'ensemble des structures participant à cette politique qui oblige les associations des malades, les artistes ou leurs compagnies ou celles des consommateurs, à suivre une formation à la gestion des activités culturelles à l'hôpital. Cela leur permettra d'être à jour pour informer des nouvelles mesures, pour veiller, avec l'Ordre des médecins, au respect de la déontologie médicale qui en général doit s'imposer à tous, même aux artistes, dans les mêmes conditions que les médecins. Il en est de même pour celles qui sont prévues par la Fédération pour veiller à ces règles.

Ces institutions doivent avoir comme rôle d'imposer à cette pratique théâtrale une vigilance sur le respect de la liberté individuelle et collective, sur le respect du choix, sur le

secret médical, sur le respect du corps et de la personne ainsi que sur le libre consentement. Les retours sur ce schéma de dispositif permettront à tout un chacun de donner confiance à l'équipe artistique en charge des accompagnements de soins théâtraux. Ils crédibilisent et valorisent l'image du comédien à l'hôpital et son utilité.

Il serait très efficace d'ajouter la pédagogie artistique dans l'éducation pour la santé même du patient, de façon organisée et intégrée comme une activité en tant que telle. L'efficacité du praticien artistique ou de toute autre personne participante ne sera installée que si le pouvoir et l'autorité publique l'imposent sans relâche et installent le théâtre comme une politique avec une application immédiate et très urgente dans la santé publique, avec des mesures contraignantes. Il serait préférable de renforcer dans ces exercices d'art dramatique les valeurs républicaines de liberté, d'égalité et de fraternité pour mieux respecter la personne humaine et la liberté du citoyen. C'est à l'application et au respect de ces mesures dans les rencontres théâtrales destinées à l'accompagnement du malade que paraîtront les valeurs du savoir-faire et du savoir-être du professionnel devant les malades en milieu de soins d'art-thérapie.

1) Manifester un amour inconditionnel à un patient en fin de vie

Manifester, témoigner et donner un amour, une affection ou un attachement et/ou une estime inconditionnelle justifiée, tant par des paroles que par des gestes, c'est ce qu'une personne au seuil de la mort a comme exigence, comme souhait ou comme besoin. Cet amour inconditionnel de la personne en fin de vie ne demande pas un grand spécialiste du domaine artistique ou autre, mais plutôt de porter une attention à la personne en question, de lui manifester un amour libéré, adapté au profil de ses attentes. Toutefois, il est facile à un artiste de théâtre de mettre en pratique cet accompagnement, puisque le savoir-faire et le savoir-être sont pour lui deux éléments indispensables à l'exercice de son métier. Cela lui demande d'être naturel, d'être lui-même, de créer une amitié incontestable, d'être un ami véritable et très confiant. Le sujet sera réconforté, tout comme un spectateur sortant du spectacle avec le sourire aux lèvres. Ce genre de public affirme avoir passé une belle soirée, c'est donc une autre forme d'accompagnement dans un moment de loisir. C'est justement par là que le théâtre à l'hôpital cherche à donner le sourire à la personne en fin de vie, à donner un amour qui mettra le sourire aux lèvres du mourant. Ce dernier sera réconforté en toute simplicité, en sachant que son accompagnateur est réellement très proche de lui grâce à une forme de communication paisible établie au même niveau d'égalité et en respectant l'être humain.

Jouer devant le malade, lui raconter des histoires, être au chevet de son lit en lisant les œuvres de ses auteurs préférés, jouer le clown ou avec des marionnettes sont tous des actes favorisant la démarche destinée à consoler, à réconforter et à redonner envie de vivre encore à la personne mourante. Dans la plupart des cas, ces personnes ne sont pas capables de participer à l'action culturelle mise en place, mais elles ressentent la présence de l'accompagnateur – ami de confiance. Il est facile de dire que le mourant a besoin d'un témoignage d'amour inconditionnel, mais il est toutefois difficile et compliqué de l'exercer. Il y a parfois des agissements qui peuvent engendrer des sentiments de culpabilité à l'égard du mourant, selon le ressenti qu'il manifeste et par conséquent cela limite les actions de l'accompagnateur. Il y a des moments où le sujet malade éprouve des ressentiments très

coléreux envers son ami accompagnateur. Il faut donc éviter de lui parler, pour parler ou de tout lui dire, pour ne rien dire. La douceur et la tendresse sont des éléments incontournables dans le savoir-être de la personne en charge de l'accompagnement.

a) Le désir du patient au seuil de la mort

Les patients en fin de vie ont, comme les malades, des désirs d'accompagnement, mais ils doivent être considérés de manière très particulière pour diminuer son désespoir de vie. Il revient donc au comédien intervenant dans la phase de fin de vie, de commencer par considérer le malade comme s'il s'agissait de lui-même. Il faut faire en sorte que le mourant bénéficie d'un accompagnement artistique dans ses besoins et dans ses désirs considérés comme fondamentaux. La base de la procédure doit avoir comme principe de lui donner au maximum la chance de connaître le bonheur et de lui éviter en permanence la souffrance ainsi que le fait de se sentir seul, c'est-à-dire de se retrouver dans la solitude qui par conséquent augmentera la douleur de la maladie, la peur de l'inconnu et le stress du vide. Ces désirs fondamentaux aident le malade à sortir de son impuissance et de son sentiment d'abandon. Le comédien, seul ou avec son équipe artistique, est capable de jouer ce rôle en utilisant les outils de l'art dramatique, il verra le cœur du malade s'ouvrir et s'attacher à lui avec un amour incessant. Le temps d'absence de l'artiste sera pour le malade un moment de soif et d'impatience.

La deuxième méthode que le comédien doit envisager et qui est considérée comme très efficace par cette étude, est de se mettre résolument à la place du malade. Avant toute action, il serait préférable de s'imaginer être sur le lit d'un malade et de se confronter à sa propre mort, d'évaluer sa souffrance, sa solitude, sa peur et la douleur d'une personne au seuil de la mort. Ainsi, il doit se poser toutes les questions possibles tout en restant dans sur les formules suivantes : « *En étant sur ce lit, de quoi aurais-je besoin ?* », « *Qu'attendais-je de l'amour d'un ami, d'un proche ou de mon artiste ?* » et « *Qu'est-ce qui me ferait tant de plaisir auprès de mon accompagnateur ?* »

La pratique de ces formules éclairera sans doute ce dont le malade a besoin ou ce qu'il désire le plus ce qui n'est certainement pas loin de ce que le professionnel chercherait ou désirerait le plus. Les résultats seront proches du désir d'être aimé et d'être réellement accepté par tous. Il serait ignoble d'oublier que la plupart des malades les plus graves ont le désir d'être touchés, de ressentir davantage d'affection et surtout d'être traités comme des personnes normales et non comme des individus souffrant d'une mauvaise santé.

Troisième méthode à mettre en place, c'est le passage au réconfort : l'artiste marquera sa présence d'accompagnateur en intégrant dans ses actions une partie ou un rôle donné au malade en qualité de figurant. Il faut qu'il se sente présent dans le jeu de rôle comme : lui tenir sa main lorsqu'il parle, le regarder en face, les yeux dans les yeux et le caresser tout doucement. Mais il faut aussi éviter de lui tenir la main trop longtemps, car cela signifie, ou communique chez le malade, le désespoir. Il est encore possible, avec respect, de prendre le patient dans ses bras, en accompagnant son rythme cardiaque et sa respiration. C'est un système de communication physique, puisque le corps a justement sa façon d'exprimer son amour.

Dans cette partie s'ajoute l'usage sans crainte du langage de la personne mourante. Cette dernière étant sur le point de tout perdre, tant sa vie professionnelle que sa vie familiale, mais aussi tout ce qu'elle a gagné durant toute sa vie, ne désire plus que de mourir avec le sourire aux lèvres. Malgré cela, elle perd tout, la seule chose qui lui reste, même si très peu, c'est la parole. Mais son esprit et son corps ne travaillent plus comme avant. Comment une personne se trouvant dans cette situation peut-elle éprouver de la colère ou de la tristesse dans le peu de vie qui lui reste ?

Les hôpitaux qui appliquent le théâtre comme outil de soins et d'accompagnement offrent à leurs patients une véritable perspective de contrôle d'émotions et d'expressions. C'est utile pour la plupart des patients qui font face à la mort et qui doivent relever le défi ultime de la mort, car parfois ils se sentent, chacun dans leur côté, trahis par leur ignorance.

Ils se réfugient dans l'activité dramatique pour exprimer une dernière fois leurs colères, leurs frustrations, puisque personne ne présente à leurs yeux le sentiment de vouloir les écouter, les comprendre ou comprendre leurs désirs, leurs besoins très profonds qui peuvent aussi être les derniers. Lors d'une phase de recherche à l'Hôpital de la Conception de Marseille, une personne au seuil de la mort confirmait avec une voix très faible, en répondant à la question « *Qu'attendez-vous de l'équipe soignante en charge de vos soins ?* » : « *Je n'ai pas besoin de revivre la vie puisque je vois déjà la mort dans cette chambre toutes les nuits. Mais, il serait très aimable que l'un d'eux se donne la peine de m'écouter et qu'il essaie de me comprendre.* » Le plus important est de retenir que Monsieur F. ne demandait pas qu'il y ait une compréhension directe de ses expressions orales, mais il voulait être sûr que quelqu'un s'intéresse à lui et se sente concerné avant de chercher à comprendre ses désirs. Certes, il est très difficile de comprendre autrui, mais cet homme n'en demandait pas trop. Les hommes du théâtre qui exercent leur art dans l'accompagnement des patients se donnent comme principe de se sentir suffisamment concernés pour mieux savoir reconforter le malade en lui assurant largement que tout ce qu'il éprouve comme stress, colère, frustration, tristesse, culpabilité, peur, insensibilité ou angoisse est normal, compte tenu de son état de santé et qu'il peut même exprimer un sentiment de jalousie envers ceux qui sont en bonne santé.

Le comédien doit en principe jouer un rôle protecteur envers la personne malade lorsqu'elle déprime ou lorsqu'elle réprime l'apparition de sentiments émotionnels. Il faut l'aider lorsqu'elle est envahie de vagues de douleurs, de peurs ou de stress ainsi que de chagrin. Le comédien doit lui montrer son courage et son implication pour provoquer l'acceptation et le consentement du patient, pour mieux apaiser l'évolution des émotions du malade en le persuadant d'accéder à sa place dans le jeu avec un état de santé serein, doux, calme et équilibré. Le rôle du comédien dans ce cas est d'essayer d'inscrire dans la mémoire du patient la présence d'un art et d'un artiste accompagnateur, ce qui facilite l'évaluation de ses besoins en l'absence de l'artiste.

Il est indispensable de préciser que l'artiste doit être ouvert et accepter la limite de ses connaissances, être capable de dire non sans le dire, c'est-à-dire faire comprendre au patient que ce qu'il demande est au-delà de ses compétences, mais de lui indiquer à qui il doit s'adresser. Il ne faut jamais le laisser sans réponse ou sans piste. C'est grâce à cette franchise que ce lien établira une communication libre entre eux. Il est conseillé au comédien d'être très prudent puisque parfois le patient a déjà la réponse à sa question. Il doit donc être un apprenti qui bénéficie de la sagesse du patient. Il est clair, à travers cette étude, que les artistes ne sont

pas les seuls à donner dans la pratique d'accompagnement. Tôt ou tard, les artistes accompagnateurs des patients au seuil de la mort suscitent dans leur geste, leur texte, leur endurance, leur histoire, leur encouragement et leur humour, des retours et reçoivent plus qu'ils ne donnent. Il ne faut surtout pas hésiter à dire ou à reconnaître au mourant son courage, cela constituera pour lui une source d'inspiration.

Le comédien doit choisir une attitude pour mieux gérer la crainte issue d'actions non maîtrisées. Aider le patient à mourir dans la tendresse, c'est permettre de mieux réagir en laissant les attitudes dictées par la crainte ou la colère au profit de celles dictées par la raison, qui sont bien maîtrisées et témoignent d'une direction inverse à des réflexions irréfléchies. Il faut éviter par exemple de dire : « *Il n'y a rien à faire.* », « *Le patient n'a plus sa raison d'être.* », « *La partie est perdue d'avance.* », « *Pourquoi le garder encore plus ?* » « *Isolons-le, que les autres patients ne l'observent pas.* »

Il ferait mieux d'opter pour des mesures d'accompagnement plus rassurantes, comme le fait de prendre la main du patient et de répondre à ses questions par exemple en lui disant : « *Je vous promets que notre présence ici a pour objet de vous aider et de soulager vos douleurs. Vous pouvez sans crainte compter sur notre accompagnement.* » Lorsque l'artiste perd son sang-froid, il est très vite signalé par son langage comme : « *Attention monsieur, vous allez arracher votre perfusion* », « *Je pense qu'il est temps de vous attacher ou on va vous attacher monsieur.* », « *Soyez tranquille sinon on va faire une piqûre.* », « *Pourquoi vous n'êtes pas calme ?* ». « *Arrêtez de cacher les médicaments dans le tiroir, sinon on sera obligé d'en parler au médecin traitant.* »

Dans ce genre de situation, l'artiste doit reprendre son souffle et pratiquer sa technique de maîtrise de soi pour éviter de ne pas perdre son lien d'accompagnateur. Il doit donc faire appel à des phrases simples et rassurantes comme : « *Je sais que vous n'êtes pas à l'aise avec cette perfusion monsieur, mais c'est le seul moyen de vous aider et de vous empêcher d'avoir soif.* », « *Cette perfusion contient un médicament qui va vous soulager.* », « *On va vous aider à trouver une bonne position et vous allez vous sentir mieux qu'avant.* », « *On va rester encore un moment à avec vous monsieur.* », « *On va vous aider à manger.* », « *Que voulez-vous manger ?* » ou « *Où sont vos médicaments ?* »

Il arrive parfois de ressentir un sentiment de découragement chez les artistes dans leur rôle d'accompagnateur. Cela devient lisible dans leur propos, par exemple : « *Qui va s'occuper de monsieur P. aujourd'hui ?* », « *Ce n'est pas moi, de toutes les façons on ne peut rien faire pour lui.* », « *Qui s'en chargera ?* », « *Ben ça n'a aucune importance.* », « *Quel artiste le connaît le mieux ?* » ou « *Que faire pour mieux l'aider aujourd'hui ?* ».

Un artiste accompagnateur ne doit jamais se tromper, surtout que dans sa pratique il joue avec la vie d'un patient. Au début comme à la fin de l'exercice d'accompagnement, il doit tenir la main du patient mourant pour le soulager de ses douleurs et pour effacer la solitude dans ses yeux. Toucher ses cheveux avec tendresse aide à l'apaisement de la psyché. C'est une manière d'installer une sensibilité morale et psychologique dans la relation afin de pouvoir passer le message d'éducation pour la santé du malade. Avant de finaliser l'exercice, il est encore conseillé de lui rappeler son histoire qu'il a racontée au début pour l'assurer que son discours a été bien écouté et bien saisi.

b) Le savoir-être accompagnant du mourant : savoir donner et recevoir

Dans la pratique de l'accompagnement interculturel, le meneur du jeu et de l'activité théâtrale doit savoir que pour accompagner un malade, il ne suffit pas de connaître les actes qui l'ont précédé ou de lui indiquer le chemin ou la route, ni de lui imposer des gestes, des itinéraires ou la direction qu'il doit prendre. L'activité théâtrale choisie ici doit revêtir en revanche un aspect très ouvert et marcher aux côtés du malade tout en lui donnant la chance de choisir librement un chemin qui corresponde à son rythme, tant de son corps physique que de son corps moral. La démarche artistique, face à celui qui meurt, permet à ce dernier de conserver jusqu'à son dernier souffle, son sens humain dans son espace de vie et l'aide à retrouver quelques points de repère. Il faut jouer le jeu sans le perdre de vue. Il faut essayer de l'aider à garder son identité et surtout l'amener à se réconcilier avec lui-même. Il faut prévoir des petits gestes et des paroles qui vont l'aider à se concentrer sur autre chose, faire son propre deuil et lui faciliter la réalisation de ses derniers désirs. Cela consiste donc à lui montrer qu'il a toujours des droits, même si son état de santé s'est dégradé. En principe, c'est lui donner l'avantage ou l'occasion de vivre sa mort paisiblement. Il faut faire en sorte de l'intégrer dans le jeu et lui faire répéter quelques phrases ou paragraphes qui lui paraissent intéressants.

Madame Marie X souffrant d'un cancer des os, expliquait lors d'un entretien qu'il existe plusieurs cultures, car il y a plusieurs patients de nationalité différente. Même s'il peut y avoir plusieurs accompagnateurs artistiques dans les différents centres de santé, leur démarche participe d'un phénomène interculturel identique à tous qui se résume dans la condition humaine et le respect de l'autre.

L'accompagnateur est encouragé à garder à l'esprit que lors de sa première visite, le malade au seuil de la mort ignore qui est l'artiste en face de lui et ses intentions à son égard. Il ressent la peur ainsi qu'un sentiment d'insécurité, raisons pour lesquelles certains patients gardent en eux certaines réserves. Au début, le comédien ne doit pas s'attendre à un geste ou à un signe de rattachement si facile. Il doit être détendu et rester naturel pour observer le malade. Il doit donc éviter de prendre en considération les premières pensées et premiers désirs des patients puisqu'à ce niveau, ils ont des difficultés à s'exprimer clairement ou facilement. Ils peuvent changer d'avis à tout moment. C'est très fréquent de voir des patients en fin de vie qui reviennent sur leurs décisions et changent leurs choix. Le rôle de l'artiste est d'essayer de découvrir ce que le malade veut dire ou ce qu'il cache. C'est pourquoi il faut mettre en place un jeu qui éliminera l'atmosphère de retrait et de réserve pour mieux installer la confiance entre comédien-soignant et patient. C'est à partir de là que le mourant commercera peu à peu à évoquer ce qu'il désire, ce qui lui tient à cœur et à faire un choix décisif. C'est pourquoi il faut initier des actions qui lui permettront de s'exprimer librement, de manifester ses sentiments, ses émotions, ses peurs et surtout ce qu'il a saisi à propos de sa mort pour l'aider à apaiser ses peines et à faire face à toutes ses douleurs. De cette façon, le mourant se verra accompagné et pourra mourir en paix, ce qui ne veut pas dire qu'il souhaite mourir très vite, mais plutôt de façon paisible. L'accompagnement ne se limite pas à l'expression émotionnelle, mais va jusqu'à la pratique de la toilette, de la douche, au fait de l'aider à manger et à prendre ses cachets. Dans le savoir-être de la personne accompagnatrice, il y a des mesures à respecter comme des attitudes calmes et silencieuses, des phases d'écoute

très importantes pour recueillir la parole du patient de façon silencieuse pour lui permettre de se sentir accepté et accompagné.

Il doit opter pour les deux qualités essentielles que sont l'humour et le bon sens. Le premier a le pouvoir de tout changer et d'alléger l'atmosphère du malade. Il lui permet de voir ou d'observer la mort d'un point de vue véritablement universel.

Toutefois, il faut faire attention puisque le moindre faux pas peut se retourner contre l'accompagnateur pour devenir cible de ses reproches, de ses douleurs et de ses colères. Il revient donc au maître du jeu de se mettre de côté afin de ne pas prendre cette colère exprimée comme si elle lui était destinée. Il faut qu'il fasse en sorte de comprendre que cette colère est provoquée par la peur de mourir, le stress, la douleur et le chagrin et d'éviter au maximum de réagir, ce qui risquerait de compromettre la relation déjà installée. Il n'est pas souhaitable que le comédien propose sa propre foi ou son idéologie spirituelle dans ses réponses aux questions posées par le malade. Il faut déjouer rapidement cette tentation avant de commettre le pire, surtout lorsqu'il y a un pressentiment montrant que le malade ne veut pas du tout ce genre de pensées. En général, nul ne veut être sauvé par la croyance de l'autre.

En principe, il doit aider le mourant à s'attacher à sa foi, à reprendre confiance dans sa spiritualité avec force, quel que soit son état de santé, mais il ne faut jamais essayer de le convertir puisque cela n'entre pas dans le cadre de son travail. En revanche, si le mourant cherche lui-même à savoir le point de vue du comédien sur quelques points liés à la foi, il est dans ce cas indispensable de lui répondre sans lui cacher des choses.

La base de cet accompagnement est de savoir donner et recevoir en même temps, de vivre aux côtés du mourant en ne tissant qu'une relation à base de communication confiante et forte. Le comédien reçoit du malade puisqu'ils partagent ensemble ce qui constitue une partie de la découverte de l'autre, mais aussi de soi-même. Ces deux personnes mettent de côté leurs valeurs culturelles, sociales, religieuses et professionnelles pour rechercher d'autres valeurs qui les lient ensemble, comme la considération de l'autre, la reconnaissance de l'essentiel ou la reconsidération des valeurs sacrées comme Dieu, la vie et la mort ou d'autres. Chaque accompagnateur doit se préparer moralement et physiquement à recevoir certaines informations lors de cet échange. Il doit exprimer du respect pour les valeurs du patient et se mettre à l'épreuve devant le mourant, même si les conditions sont terribles et peuvent faire fuir les moins braves.

Le théâtre met ses professionnels dans une expérimentation très pointue, mais très enrichissante. Tout d'abord, ils ne sont pas dans l'obligation d'apprendre la mort, mais plutôt de comprendre ce que sont ses limites, ses principes et de se connaître mieux face au seuil de la mort et comment gérer ses douleurs et ses angoisses. D'après cette étude, il n'y a pas une mort semblable à une autre, ni une mort idéale, ni un mourant idéal. Chaque situation est nouvelle et demande un autre chemin que celui pris auparavant. Il n'y a pas un accompagnateur idéal, tout ça s'apprend, surtout la façon de développer ses qualités pour devenir un bon accompagnateur.

2) La peur de l'accompagnateur lié à la mort de son patient

Ici, il est question de peser la force, la résistance du fort envers le faible. À la rencontre du patient, même si le comédien a du caractère, la peur de perdre son patient est

néanmoins coincée quelque part dans son esprit. Il commence par dire : « *Il souffre tellement.* », « *Il n'a pas son sens du toucher.* », « *Son état est douloureux.* », « *Il n'est plus dans son bien-être.* » ou autres. Il s'engage donc sur le chemin de la solution avec détermination pour cacher sa peur. Il se dit : il faut le faire sortir de son état pathologique, de ses angoisses, de son stress et de ses anxiétés. Comment lui offrir un état de santé meilleur ? Le fait de connaître l'état de son patient et de ses souffrances angoisse déjà l'accompagnateur à cause de la charge de ses responsabilités. Une très belle question retenue par ce travail lors de la recherche sur la peur que peut ressentir l'accompagnateur est de savoir : à quoi ressemble l'Être sans humain ? Que faut-il faire pour lui garder son humain ? Si l'on sépare l'Être de son humain, que restera-t-il ? L'ensemble de ces questions fondamentales apaisent la peur de ne manquer de respect au mourant.

a) Observer ses peurs avec courage et honnêteté

L'artiste qui joue le rôle de l'accompagnateur doit savoir observer ses peurs avec courage et honnêteté, cela lui permettra également de grandir sur son propre terrain et d'acquérir plus de maturité dans sa profession. Cette observation auprès du mourant va aider sa force morale à se développer de manière plus accélérée. Certes, cette peur tient par moment en otage le comédien qui va alors penser à sa propre mort. Il peut aussi se poser des questions sur ce à quoi ressemblera sa fin de vie. Formellement, se poser des questions ou avoir des réflexions profondes sur sa propre mort est un signe de faiblesse, mais aussi de sagesse. En général, les réponses trouvées à ces multiples questions donnent le courage de regarder en face le malade en fin de vie et de travailler avec lui sans crainte.

La personne qui est en face du mourant et qui l'accompagne tous les jours peut parvenir à une autre forme de compréhension très claire, une résolution et une détermination essentielle de l'existence. Le professionnel qui s'est dévoué toute sa vie au service du mourant fera preuve de plus d'autonomie et de courage vis-à-vis de lui-même et pourra ainsi plus facilement se libérer et s'échapper de ses craintes et accepter de devenir responsable de la gestion de sa propre mort. Artiste ou non, prendre conscience de la peur qui ronge son corps devant tout ce que représente la mort constitue une issue de secours pour mieux comprendre celle de la personne qui est au seuil de la mort. La peur de la mort n'épargne personne et touche absolument tout ce qui concerne le malade. Il y a la peur de la souffrance morale et physique, la peur de perdre le contrôle de soi, la peur de la douleur persistante, la peur d'être séparé des siens, la peur de perdre la dépendance, la peur d'être seul, la peur d'être abandonné ou oublié par tous, la peur du vide et la peur de la grande peur. Pour gérer cette angoisse, il faut être rassuré par la présence d'une personne qui soit à l'écoute des émotions exprimées et qui soit capable d'agir en cas de besoin. Tenir la main de la personne qui est à côté supprime certaines craintes, mais exprime aussi que la peur est présente dans chacun et constitue un sentiment partagé par tout être humain. La peur provoque des souffrances tant individuelles que collectives et elle ne perd jamais sa dimension humaine et universelle. Une fois que la personne est capable de comprendre de quoi elle a peur, il sera facile de gérer ou de répondre à ses exigences par la force mentale et par le courage de faire face. Tout cela permettra de grandir et de développer son intelligence et d'avoir une intuition sur certaines manières d'aider le patient à exprimer librement ses inquiétudes. Ainsi comment l'aider à dissiper

certaines habitudes de façon consciente ? Le courage et l'honnêteté de la personne souffrante d'une peur restent lisibles sur son front lorsqu'elle affronte ses peurs de façon lucide et habile.

Le théâtre à l'hôpital a fait que la douleur physique et la douleur morale dues à la peur de la mort sont réduites à leur minimum, mais il n'élimine pas pour autant la souffrance. En quelque sorte, le théâtre cherche à offrir aux patients un moyen de mourir consciemment avec un esprit aussi lucide, serein, calme et clair que possible. Il utilise comme seul moyen d'y parvenir des gestes qui diminuent la douleur à son minimum, sans déranger la conscience du mourant. C'est pour cela que chacun doit être prêt tant sur le plan physique que sur le plan moral pour recevoir ce soutien dans ses soins.

b) Le professionnel affecté par le corps du patient

Cette recherche permet aux intéressés par ce domaine de comprendre que le début des signes d'affection du professionnel artistique pour son malade est au centre de la peur des responsabilités qui lui sont conférées. Ces responsabilités trouvent des réponses dans la conscience morale de l'artiste ou de l'être humain d'une manière générale.

Toutefois, cette responsabilité n'est pas juridique et elle a peu de force contraignante puisqu'il n'y pas de texte législatif lui imposant des règles envers le patient, mais elle s'appuie sur certaines normes éthiques et déontologiques de l'art-thérapie. La plupart des comédiens en charge des soins artistiques de patients répètent à chaque fois la même phrase lorsqu'ils sont devant un malade : « *J'ai peur de mon patient, car je suis responsable de ses soins.* » De la même façon, il ressort une autre phrase du côté des patients qui renforce cette responsabilité du comédien dans cette pratique qui touche à l'esprit : « *Êtes-vous également responsable de moi et de l'évolution de mes soins ?* »

L'affection de l'artiste se définit par l'obligation de donner une réponse à son patient en utilisant des formules qui le lient avec des actions morales et pratiques comme : « *Répondre pour* » et/ou « *répondre à* » et « *répondre de* ». Le premier et le deuxième reposent sur une action de responsabilité qui ne demande pas seulement de répondre au patient, mais qui marque une sortie de soi. Car les soins doivent être envisagés en respectant des limites et des frontières, c'est là qu'apparaît toute forme d'acte humanitaire témoignant de l'engagement absolu de l'artiste. Le dernier répond à l'ensemble des droits et des responsabilités qui ont un centre d'intérêt dans la personne elle-même, c'est-à-dire dans le soi-même. En principe, cette responsabilité ne découle pas d'une coïncidence ou d'un instinct, mais plutôt de la présence du comédien, affirmée par la volonté de travailler aux côtés des malades : il est là avec eux et pour eux. Par cette approche, le lien se tisse très rapidement et le praticien artistique se sent touché, affecté par l'émotion corporelle de son patient. C'est pourquoi la conscience de l'être humain ne cesse jamais de jouer son rôle de savoir-partager dans l'ensemble de la relation artiste/patient. Le corps du professionnel artistique touché par le corps du patient qui souffre dans sa conscience, définie comme conscience de soi réduite ou traduite par la conscience morale qui intervient avec une grande responsabilité envers autrui. Il est logique de dire que l'affection n'est pas dans ce que la conscience fait, mais plutôt dans ce que la conscience partage, dans l'acceptation de l'autre qui est un élément fondamental de conception de la conscience morale et humaine. Toutefois, la perception ou la présence de l'autre dans l'activité artistique, comme connaissance de son prochain ou de l'autre, ne

signifie pas pour autant la présence d'une obligation ou d'un devoir de responsabilité envers son patient. Mais c'est dans la responsabilité inconditionnelle de l'artiste que naît l'affectivité directe et subjective de sa conscience morale. Cet attachement a en retour chez le malade tout ce que le comédien offre à son résident, son patient ou son participant à l'atelier, comme signe d'inquiétude ou d'anxiété pour lui. D'autres professionnels du domaine disent que cette responsabilité ne vient pas d'un acte de liberté, elle vient plutôt d'un ordre irréprouvable de l'être humain dirigé par sa conscience morale qui accueille sa responsabilité pour autrui.

Le problème juridique à retenir ici, touchant sensiblement le corps affecté et celui de l'affectant, est qu'en principe être responsable signifie agir dans ses fonctions et pour bien agir demande de respecter ses responsabilités, c'est-à-dire d'être responsable. Dans la déontologie des art-thérapeutes, cette conscience morale constitue une responsabilité à valeur d'éthique bien organisée, même si cela ne suffit pas pour assurer cette démarche. L'activité n'aura de point fort que si cette responsabilité, source d'affectivité, trouve sa dimension dans un affrontement contextuel et textuel au sein des conflits de conscience non sécurisés par cette pratique fondée sur des devoirs informels.

Est-il possible de codifier la déontologie des art-thérapeutes dans le secteur de santé publique ? Est-il possible de prendre en compte la conscience morale de l'artiste affecté par le corps de son patient ? L'activité dramatique à l'hôpital peut-elle s'attacher à la philosophie kantienne qui détermine l'homme moral, être de raison, par ses actes purement universels couverts par une loi universelle qui ne sera pas bien sûr en contradiction avec la raison humaine ? Autrement dit, l'homme de raison sollicite dans cette affectivité touchant son corps, un ensemble des règles, une loi à laquelle il sera dans l'obligation d'obéir volontairement, mais de façon désintéressée. Selon Kant, la morale n'est jamais présente que sous la forme d'impératifs catégoriques, puisque l'homme n'est jamais rationnel et le mal vient dans les exceptions.

Répondre au besoin patient quelle que soit sa forme, c'est agir moralement, agir par devoir, mais aussi par une partie imposée : vouloir par devoir. Agir moralement sur la forme artistique et théâtrale, c'est vouloir par respect de la personne malade, même en l'absence d'une loi tant rationnelle, objective et universelle. Les artistes héritant du métier de Molière et exerçant à l'hôpital affirment que le corps affecté par le patient n'a pas d'effets sur sa responsabilité vis-à-vis de l'autre. C'est pour cela qu'ils sont dans l'obligation de contrôler leurs émotions, mais aussi celles de leurs patients. En revanche, le manque d'un texte juridique force la conscience de l'intervenant à agir moralement selon ses émotions et celles du patient.

Il est indispensable de faire la différence entre éthique et déontologie des art-thérapeutes puisque le premier oblige, mais n'a pas de force contraignante et que le deuxième impose sans une morale hétéronomique⁸⁰⁷. Tout corps affecté est lié par la morale, par la conscience. Il éprouve du respect pour l'autre, mais ce respect ne se résume au seul respect de la loi tel que le droit et le devoir vis-à-vis du corps du patient depuis son hospitalisation, sa sortie et jusqu'à son inhumation éventuelle. Là où il y a un intérêt moral, il y a forcément un respect des règles.

⁸⁰⁷ Hétéronomie définit chez l'être humain comme la faculté de vivre ou d'agir selon ses propres lois, ses motivations, ses moyens ou sa morale.

Voici un exemple : un patient qui a subi une intervention chirurgicale, qui a des douleurs intenses et parfois refuse de prendre ses médicaments. Il est le sujet principal de l'expérimentation théâtrale au centre d'un atelier dont il joue avec un comédien professionnel et un aide-soignant. Ce dernier lui donne un verre d'eau pour prendre ses médicaments entre temps, il commence à lui défaire son pansement, mais la peur envahit les yeux de l'aide-soignant et du comédien. Ce dernier a peur de regarder lorsqu'il a commencé à nettoyer la plaie puisque le sang coulait. Le comédien lui dit : « *Ça va là, il ne vous fait trop mal ?* », « *Voulez-vous qu'il fasse tout doucement ?* » ou « *Essayez de ne pas regarder ce qu'il fait et concentrez-vous sur le jeu.* » Le patient est tellement concentré et pris par le jeu d'acteur qu'il demande quand même à l'aide-soignant de faire tout doucement : « *Pensez à mes douleurs, s'il vous plaît* », « *Ça me fait très mal, voyons.* » De là, l'aide-soignant va doucement et observe son patient pour repérer des signes faciaux évoquant des douleurs. Il ressent des sentiments d'affection envers son patient, mais le comédien aussi puisqu'il est venu lui tenir sa main et lui a raconté des histoires.

Ces deux professionnels ont été affectés par le corps du patient, mais chacun agit de façon différente et selon ses obligations. L'aide-soignant agissait selon la loi et les différentes normes de la santé publique. Le comédien agit selon sa déontologie qui a des effets sur sa conscience humaine et artistique.

c) Le mensonge du professionnel de santé

Le professionnel médical se donne la possibilité de mentir à ses patients même si cela ne fait pas l'objet d'un texte quelconque. Ce mensonge est lié à la peur de démotiver ou d'aggraver les attitudes et les comportements du patient. Il est une forme de mécanisme de défense admis en cas d'urgence. La plupart de temps, c'est l'équipe des psychologues du patient qui fait usage de ce mensonge en éludant le risque ou toute forme de dommage.

Il y a des cas où la vérité dévoilée brusquement ou découverte accidentellement est susceptible de constituer un traumatisme chez le malade et de déclencher des émotions conséquentes pour sa maladie. Le mensonge a une valeur non négligeable, puisqu'il évite la montée du stress, de l'angoisse et de l'anxiété.

Il est impératif de dire que le praticien médical joue sur la maturation psychologique du patient. Celui-ci méconnaît le système des mécanismes d'adaptation utilisé parfois de façon incertaine. Ce mensonge est comme un moyen d'anticiper à l'ensemble des questions liées à la peur du corps du praticien affecté par son patient. C'est donc une façon d'éviter le poids de la responsabilité qui lui incombe et d'inciter le malade de se libérer de ses souffrances. C'est donc un discours jugé trop technique, incompréhensible pour le patient et ses proches puisqu'ici le professionnel médical se trouve défaillant dans son savoir. Il évite d'établir un dialogue digne et de répondre aux questions du malade qui parfois sont trop embarrassantes. Les médecins se voient dans l'obligation de donner des réponses obscures qui ne provoquent pas autre chose que d'affecter l'évolution de la maladie et d'accroître la détresse et le malaise du patient.

Il y a d'autres formes de mensonges que le professionnel de santé ou le médecin traitant lui-même avancent dans leur diagnostic pour toucher la sensibilité du patient. Il y a des médecins qui ne sont pas capables de découvrir la maladie dont souffre leur patient et

avancent des propos désignant une autre maladie ou bien même une maladie inexistante pour tromper leurs patients et leur prendre de l'argent, comme cela est prouvé par le *Docteur Knock*⁸⁰⁸. Même si quelquefois les patients ne croient plus, le médecin cherche par tout moyen à se protéger, à conserver sa qualité de professionnel et à approuver son savoir-faire. Dans tous les cas, le professionnel retarde la possibilité de se confronter à la réalité de la vie du malade.

Aujourd'hui, dans ces ateliers théâtre, les médecins partagent leurs émotions avec les participants. Ils disent que parfois ils craignent d'être mis en difficulté par le patient et surtout par ses questions liées à la confrontation à sa dégradation physique. Le mensonge constitue pour le médecin son seul moyen de réduire le contact physique et psychologique avec son malade.

En revanche, ce mensonge a des effets très négatifs puisque cela empêche le malade de mettre en pratique les mécanismes d'adaptation à sa maladie et de lui faire comprendre peu à peu la réalité de son état de santé. Les artistes ont toujours dit que le mensonge dans le domaine de santé fait naître une relation défavorable à la maladie et compromet sans exception toute relation de confiance entre soignant et soigné.

d) La peur des blouses blanches

Ce travail démontre que le praticien hospitalier a quelquefois, aux yeux de certains patients, une apparence qui fait très peur à travers son mode vestimentaire : sa blouse blanche. La plupart des patients affirment dans les ateliers théâtre que la peur du docteur est liée au syndrome de la blouse blanche. À la différence des artistes, les médecins et leurs équipes, vêtus des blouses blanches, angoissent leurs patients puisque leur présence indique l'usage des piqûres, des vaccinations, des transfusions, des prélèvements et autres. Les malades se trouvent dans des situations inquiétantes avec une accélération du rythme cardiaque. Cette peur influence à la hausse la tension artérielle ou se traduit par la transpiration du corps.

À l'inverse, la présence des artistes donne le sourire aux lèvres des patients et ils ont hâte de reprendre le travail en atelier que ce soit individuel ou en groupe. Les malades n'ont pas cette peur ou cette angoisse qui leur donnent envie de se retirer de leur démarche artistique. Existe-t-il un moyen par l'art dramatique qui permet au patient de dépasser cette peur ? Comment et par quelle méthode le malade peut-il se réconcilier avec le médecin et son équipe ? En quoi la blouse blanche représente-t-elle dans l'imagination des patients ?

Dans ce travail, la blouse blanche présente une problématique tant dans son image que dans son identification, sa distance ou sa relation, mais aussi dans son imagination. Dans toutes ces différentes situations, les artistes se sentent concernés par la douleur, la souffrance des patients, que ce soit un enfant ou une personne âgée. Ils souhaitent leur apporter toute forme de réconfort. Par exemple la peur manifestée chez l'enfant par l'expérience de certaines interventions douloureuses répétées plusieurs fois qui peuvent laisser des traces : l'enfant qui a subi ces expériences dans un ou différents établissements de soins peut garder en lui certaines traces sous forme de crainte liée à la tenue de la blouse blanche, traumatisante pour le malade. La peur peut aussi toucher et handicaper la personne âgée vulnérable qui la gardera

⁸⁰⁸ Jules ROMAINS, « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », *op. cit.*

dans sa mémoire. La peur peut constituer une forme d'isolement ou de menace et bouleverser l'équilibre des soins avec un traumatisme psychique subsistant.

Jouer du théâtre aide le malade à contrôler des douleurs liées à la maladie, apporte aussi du réconfort durant son séjour et traite aussi la cause de cette peur. Il faut commencer par expliquer à l'enfant la raison de cette peur et de la douleur psychologique dues à la présence du docteur et de son équipe. Jouer avec de faux médecins vêtus des blouses blanches aidera l'enfant peureux à renouer sa confiance avec le docteur et son équipe. Il permettra la persistance de la relation jusqu'à l'adolescence et se développera jusqu'à l'âge adulte. Pourquoi faut-il gérer et guérir le plus rapidement possible cette peur ? Chez le nouveau-né ou le nourrisson, la douleur liée à la peur est exprimée par des pleurs, mais aussi par certaines formes d'inconfort ou différentes formes d'agitations. Il en est de même lorsqu'il s'agit des gémissements, des cris qui ne correspondent pas à l'intensité de sa douleur. Chez l'enfant âgé de six mois à quatre ans, la douleur ou la peur restent comme des agressions incompréhensibles dont il n'a pas l'espoir d'être soulagé un jour, ceci sans aucun raisonnement. Ainsi l'enfant grandit avec cette angoisse et ce stress psychologique de la blouse blanche. Passé l'âge de quatre ans, il peut avoir le sentiment d'être le seul responsable de tout ce qu'il lui arrive : un sentiment de culpabilité, de solitude et d'être persécuté par cette douleur. Il peut exprimer sa colère par l'incompréhension en prenant directement une posture bizarre ou inhabituelle qui aide son corps à s'adapter à la situation.

Le danger de la peur de la blouse blanche extériorise des réactions d'angoisse puis d'insomnies. Cela empêche l'enfant d'incarner son indépendance avec comme conséquence un refus total de soins. C'est pour cette raison qu'il faut impliquer sa famille dans une démarche culturelle afin de renforcer la relation du docteur et l'enfant. Le rôle de l'artiste est d'apprendre à la famille à mieux gérer cette peur. La présence d'une petite douleur ne doit être ni dramatisée ni sous-estimée. Le fait d'impliquer des parents anxieux ou des parents forts et durs évite de dénier la peur en valorisant une forme de fragilité et de courage qui n'aide pas ni l'enfant, ni ses parents, ni son médecin.

Le maître du jeu dramatique doit impérativement commencer à préparer l'enfant qui attend à son tour une visite médicale chez le docteur, le pédiatre ou le dentiste. Il doit sans dramatiser ni mentir commencer à l'informer petit à petit de tout ce qui l'attend lors de la rencontre avec le docteur. Il faut absolument que ce qui est dit prépare l'enfant à tout ce qu'il va ressentir pendant et après l'entretien. Par exemple un enfant qui doit rencontrer le dentiste : il serait inutile de lui mentir en affirmant que ses piqûres ne piquent pas et que l'ensemble de ses instruments ne font pas mal. Il faut savoir que tous les enfants ont une phobie de l'aiguille : « *Aïe, j'ai mal.* », « *Je ne veux pas.* » ou « *J'ai peur des piqûres.* » Il est donc sans effets positifs de dire : « *Ce n'est rien ou ses outils ne font pas mal.* » Cela ne rassure pas l'enfant qui n'aura plus confiance dans cette relation. Le mieux est de donner l'information en utilisant des manuels ou des petits livrets donnant toutes informations le concernant.

Il faut toujours reconnaître sa peur, sa douleur et lui montrer combien son angoisse est compréhensible et enfin lui adapter ou rechercher une conduite rassurante. Les parents doivent aussi opter pour une attitude attentive pour assurer et pérenniser une communication très calme. Il faut donc former les parents à gérer cette peur, puisque leur présence renforce le contact direct, visuel, mais aussi verbal afin que les enfants gardent leur calme. Il faut faire en sorte que l'enfant comprenne et participe aux soins pour éliminer sa peur.

Sarah Salmona démontre jusqu'où va la peur de la blouse blanche chez le patient dans une de ses recherches validées par le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative intitulée « *Pareil et différent* »⁸⁰⁹ : « *Les blouses blanches mènent l'enquête ; quand je vais voir les blouses blanches, elles passent beaucoup de temps à examiner toutes les parties de mon corps, comme si elles cherchaient quelque chose. Ma tête, mon cou, mon dos, mon ventre, mes bras, mes jambes, mes pieds, rien n'est laissé au hasard. Elles fouillent tous les recoins comme maman quand elle perd ses lunettes dans la maison. Elles me font même passer des radios pour chercher à l'intérieur de mon corps.* »⁸¹⁰

Elle a encore montré comment les blouses blanches travaillent sur le corps du sujet de l'examen médical et surtout de quoi il doit avoir peur. Ce qu'elles laissent comme traces de leur passage sur le corps du patient. Il est très compliqué chez le malade de saisir un mot dans leur discours définissant la maladie dont il souffre. « *En haut, sur mon bras, c'est la cicatrice de ma biopsie. Les blouses blanches ont ouvert une porte pour aller voir mon muscle de plus près et elles l'ont soigneusement refermée. Leur visite a laissé une trace sur mon bras, mais ça leur a permis de comprendre ce qui n'allait pas bien dans mes muscles.*

Comme elles sont très savantes, les blouses blanches disent beaucoup de mots que je ne comprends pas : « Myopathie », « chromosomes », « neuromusculaire »... Je n'ai pas attendu de connaître le nom de ma maladie pour savoir à quoi elle ressemble : je la vois quand papa prend la main de maman dans la salle d'attente de l'hôpital, je la vois dans le regard des enfants qui me croisent dans la rue, je l'entends lorsque ça chuchote derrière mon dos, je la sens sur mon corps quand je porte ma gaine, mon corset ou mes attelles, je la crains quand je tombe.

J'ai bien l'impression que papy a la même maladie que moi. Lui aussi il a peur de tomber et il n'arrête pas de dire qu'il n'a plus de forces ! Moi, je lui ai dit à papy de ne pas s'inquiéter : ça ne m'empêche pas d'aller à l'école, d'apprendre, de grandir, de jouer avec mes copains et la recherche avance tous les jours. Papy, il a retrouvé le sourire et il a drôlement rigolé. Mais quand j'ai demandé à papa et maman si j'étais vieux comme papy, ils ont froncé les sourcils comme s'ils regardaient un problème de mathématiques et qu'ils ne connaissaient pas la réponse. Alors nous sommes allés voir la dame en blanc parce qu'elle est très forte en mathématiques.

La dame en blanc, elle m'a regardé dans les yeux comme si j'étais une grande personne et je me sentais drôlement important. Elle m'a expliqué comment ma maladie est venue en moi et j'ai appris que les êtres humains étaient un peu comme des ordinateurs, avec des fichiers pleins le corps. Ces fichiers, ils forment les yeux, les os, la peau, le cœur... Seulement moi, un des fichiers ne s'est pas installé correctement et du coup, ça bug dans mes muscles. Papy, lui, il est seulement vieux... c'est son disque dur qui rame un peu. C'est vrai qu'il n'est pas doué en informatique, papy. »⁸¹¹

Au-delà de cette peur, il y a une forme de peur liée à la blouse blanche, mais cette fois-ci c'est le professionnel lui-même qui souffre dans sa tenue. Céline Bouteiller explique que sa tenue est à la fois un outil lui permettant de cadrer, mais parfois qu'elle porte des conséquences très inquiétantes dans sa relation avec ses soignés. « *J'ai alors réalisé que la*

⁸⁰⁹ Sarah SALMONA, « *Pareil et différent* », coordonnée par Sabine MAILLET-CROZET, Association Française contre la Myopathies, 2011.

⁸¹⁰ *Ibid.*, p. 10.

⁸¹¹ *Ibid.*, p. 12 et s.

*blouse que je portais représentait à la fois "un poids symbolique", et qu'elle était aussi un outil important pour moi, en m'aidant à un moment précis, à me recadrer, à me repositionner dans la relation avec un patient, en particulier. »*⁸¹² C'est donc dans cette tenue blanche qu'elle arrive à se « *repositionner dans cette relation, en me rappelant mon identité professionnelle. J'ai cherché alors à comprendre les raisons pour lesquelles je m'étais rapprochée de ce patient précisément et j'ai réfléchi au rôle de ma blouse à ce moment précis. »*⁸¹³

Il serait indispensable donc de revoir et de réfléchir à la place de ce vêtement très riche et indispensable dans la profession médicale avec un sens très singulier et révélateur des émotions ou expressions cachées dans le corps du soigné. Elle est porteuse et véhicule des valeurs et des compétences du praticien médical. « *En effet, comme l'écrit Pierrette Lhez dans son ouvrage De la robe de bure à la tunique Pantalon, de par les origines religieuses de la profession, la blouse symbolise la charité, l'honnêteté. Sa couleur blanche signifie la propreté, la pureté, la soumission, la disponibilité, enfin, la sagesse. Celle-ci représente l'institution et un certain savoir, des compétences [...] »*⁸¹⁴

Dans ce même travail, elle dévoile la peur, exprime sous leurs yeux, leurs regards et leurs expressions faciales. Elle cherche ainsi la bonne posture répondant à l'exigence imposée par les ressentis des patients. « *Des patients au regard dérangent, inquiétant parfois, m'observent, m'entourent, et je ne sais pas quelle attitude adopter. Je ne me sens pas rassurée, pas en confiance. Certains patients n'ont pas de notion de distance et n'hésitent pas à m'agripper, à me toucher pour communiquer. Certains réclament des preuves d'affection et m'envahissent. Il m'est difficile alors de gérer ces situations, d'autant plus que je ne connais pas mes propres limites émotionnelles. Je ne suis pas préparée à ce type de relation et me trouve souvent en difficulté. »*⁸¹⁵

Elle s'est posé quelques questions sur son image et l'appréciation du voyeur qui est son patient. « *Je m'interroge alors sur l'image que je renvoie aux patients, à l'équipe soignante. Être et Paraître – je suis ce que je suis, mais est-ce que l'image que je renvoie à l'extérieur est appréciée ? Reconnue ? Et est-elle adaptée au contexte ? Est-elle professionnelle ? »*⁸¹⁶ « *J'étais dans ma réalité, dans mon monde. Même si finalement les sujets de discussion étaient assez superficiels. Je me sentais "moi-même." Je ne le voyais pas comme un patient, je n'avais pas peur de lui. Il était jeune, bien habillé, bien coiffé, il sentait bon. Sa présence m'était agréable, j'étais charmée. Mon Moi était flatté, j'étais bien dans ma peau. Cependant, lorsque "je me suis vue avec la blouse blanche", mon attitude a immédiatement changé. J'ai alors réalisé que cette relation n'était pas adaptée et que j'étais en situation de non-soin. Soudainement, ma blouse m'a renvoyé "en pleine figure" mon rôle professionnel, mon cadre de référence. En m'alertant à propos de la situation de risque dans laquelle je me trouvais, celle-ci m'a rappelé que j'avais une fonction, un rôle à jouer dans "l'ici et le maintenant." J'ai alors pris conscience que je n'avais pas la bonne distance avec ce patient et qu'il n'était pas un ami, mais un patient nécessitant des soins. »*⁸¹⁷ Elle affirme la

⁸¹² Céline BOUTEILLER, « *Juste une blouse* », une approche psychanalytique du port de la blouse en service de psychiatrie intra hospitalier, travail de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état infirmier, Hôpital Paul Guiraud - Villejuif, promotion 2004-2007, p. 6.

⁸¹³ *Ibid.*, p. 7.

⁸¹⁴ *Ibid.*, p. 7 et s.

⁸¹⁵ *Ibid.*, p. 8.

⁸¹⁶ *Ibid.*,

⁸¹⁷ *Ibid.*, p. 8 et s

valeur de la blouse blanche, même si parfois elle fait peur tant au patient que le praticien lui-même. « *Aujourd'hui encore, j'ai besoin de cette protection imaginaire, car il est difficile pour moi de trouver la "bonne distance" dans la relation soignant/soigné, celle qui permettrait de garder un minimum de recul pour observer la situation relationnelle dans ce qu'elle peut apporter comme bienfaits au patient. Même si intérieurement je me sens "soignante", à la surface j'ai besoin d'une blouse qui m'aide à me positionner dans la relation, et me permette de continuer à façonner ma nouvelle identité.* »⁸¹⁸

BJ LE TEMPS DRAMATIQUE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le temps dramatique à l'hôpital se résume dans les trois temps du grand théâtre professionnel que sont la parole, le silence et le geste ou l'action. Le temps dramatique reste le même puisque l'objectif de rechercher et d'améliorer les soins de santé du patient se trouve dans la pratique et la maîtrise de ces trois temps. Il y a du théâtre et de la cruauté dans les expérimentations des dramaturges et des artistes à l'hôpital parce que le malade a besoin d'un théâtre qui le réveille et qui met son anatomie en activité tant dans ses nerfs que dans son esprit et dans son cœur avec tous les éléments du corps. C'est un théâtre créatif dont chaque événement a des effets émotionnels, lesquels doivent avoir des résonances profondes. Le patient cherche un théâtre qui s'adresse aux sens avant de s'adresser à son entendement. L'usage de ces trois temps permet de faire de l'art dramatique à l'hôpital, une réalité à croire et à motiver toute sensation et toute émotion faciale. Ces trois modes d'expression ouvrent en permanence aux patients et aux participants aux ateliers un nouvel espace de rêves et non un calque de la réalité. Le temps dramatique dans les établissements de santé préconise un spectacle éducatif à base de communication de santé qui déverse des éclats visuels et sensoriels sur l'ensemble des participants – le spectateur-voyeur. C'est bien sûr dans ces trois temps que le comédien étudie chez le patient, ses attitudes, ses comportements, ses émotions, ses gestes, ses postures et tous les signes marquant l'évolution de son état de santé. C'est dans ce cadrage du temps que le patient explose son émotion, sa sensibilité nerveuse et gère son rythme de souffle, son temps vide, son action, son mouvement, son expression orale, ses cris, ses mots, sa prononciation ou ses exclamations, sa résonance et ses sons. Le patient qui maîtrise ces trois temps maîtrise aussi son corps et le contrôle de soi : sa parole est réfléchie, son silence est maîtrisé et son geste est contrôlé.

La présence du théâtre véhiculé sous l'angle du temps dramatique à l'hôpital aide la magie de l'art et de la parole pour guérir sans faire du bruit. Elle exerce une liaison très étroite entre le texte ou le langage et le geste ainsi que la pensée du patient. L'étude du temps dramatique met en évidence le langage visuel du participant, le mouvement, l'expression sentimentale, l'attitude et le geste. Elle crée chez le malade une métaphysique de l'expression et de la parole et/ou du geste dans le but de le séparer de son piétinement humain et psychologique. Le patient se sépare d'avec la dépendance intellectuelle ou non du langage. C'est une manière de ne pas anéantir le résident avec des angoisses spéciales transcendantes. C'est la raison pour laquelle dans chaque expérimentation sont contenus des éléments objectifs et physiques jugés très sensibles pour tous. L'artiste permet au patient de donner plus

⁸¹⁸ *Ibid.*, p. 9.

de sens aux mots et répond aux valeurs de rêve sans supprimer la parole articulée. Le rôle du temps dramatique dans le jeu théâtral est de corriger les erreurs des intonations, d'installer un équilibre gestuel, d'éliminer ou de diminuer la densité de la colère, de la peur ou de la quantité de froid ou de la chaleur du corps.

1) Parole, silence et geste

La salle du spectacle est bien pleine, aucune place vide, mais le théâtre n'a pas encore commencé. Le rideau n'est pas levé et la scène est toujours vide. La représentation prendra sa forme à partir du moment du lever de rideau et que la parole occupe l'espace scénique. Un bon orateur est celui qui a la capacité d'émouvoir son auditoire, à adopter son opinion par les effets de stimuli émotionnels.

Par exemple à l'hôpital Paul-Brousse à Villejuif lors de la représentation théâtrale sur le thème de « *La maladie de l'Alzheimer* » du 21 septembre 2016. À l'ouverture du rideau, le public est dans l'attente du premier mot, de la première phrase venant du comédien sur scène. Ce public prend plaisir à entendre une parole mettant en pratique son pouvoir et son éloquence pour mieux toucher la sensibilité du spectateur-voyeur. C'est ce que les artistes appellent une parole créatrice. Il revient à la parole de faire vivre aux voyeurs un autre mode ludique et tragique. Le dramaturge utilise sa puissance dès l'ouverture du rideau en commençant par le prologue. Il essaie de charmer et de séduire le spectateur-voyeur pour ensuite l'envoyer dans un autre mode mythologique. Ce travail est beaucoup plus auditif et cognitif. En principe, le prologue est donné à une personne charismatique et qui a une bonne éloquence avec une exclamation des mots très fine. Il ne doit en aucun cas faire vivre en avance un événement à venir de la pièce. Le pouvoir du prologue doit prendre référence sur la manière dont les histoires mythiques sont souvent transmises et livrées de nourrice à nourrisson et qui ont toujours touché la sensibilité de l'assistance.

Le rôle de la parole dans le temps dramatique est de mettre dans chaque représentation ou expérimentation aux yeux du public-voyeur une réalité que les hommes de théâtre espèrent leur faire comprendre ou croire. C'est justement dans la parole que la politique de santé est communiquée à travers les échanges théâtraux. Pourquoi la parole dès le premier temps dramatique est-elle utilisée dans l'activité culturelle et théâtrale ? Parce que le pouvoir donné à l'évocation et à la mobilisation de la parole permet alors de couvrir le manque de visuel et aide à actualiser un récit comme le message à l'éducation pour la santé que prend en charge le comédien sur les scènes des hôpitaux. L'échange verbal entre les comédiens et les patients est un moment crucial de l'art théâtral qui réjouit le spectateur et qui manifeste son sentiment. C'est dans la parole donnée que l'éducation et l'information de santé véhiculées par l'artiste et ressenties par le malade ou le public voyeur deviennent réelles par le pouvoir des mots qui suscitent des émotions et des expressions tant corporelles que faciales, même si parfois il n'existe pas réellement une vraie maladie dans l'expérimentation. Le spectre de la parole sur scène touche la sensibilité de la personne sujet d'étude et lui fait comprendre point par point sa maladie, sa souffrance, sa douleur et sa mort afin qu'il envisage de garder son sourire et se prépare moralement avant que la maladie ne commence à manifester ses effets. Il est considéré que le spectre de la parole est l'arme principale de la tragédie qui contribue, chez le malade, à lui donner confiance, à diminuer ses angoisses et à bien maîtriser ses soins. La taille

de la parole ne pèse jamais que sur l'intensité de la manifestation émotionnelle ou simplement de la réplique du corps physique ou moral.

Le spectre de la parole complète ou accompagne le pouvoir de l'ombre du geste du comédien ou du patient sur scène. Or, le pouvoir de la parole et celle du geste dans la pratique théâtrale sont en conflit de primauté, selon l'étude d'Artaud effectuée en 1931 à Paris lors d'une exposition coloniale⁸¹⁹. Son travail lui permet d'avancer ses recherches sur le théâtre et de contester clairement la supériorité de l'écriture – le texte théâtral. Il a essayé à travers son livre *Le Théâtre et son Double*⁸²⁰ de faire la différence entre la culture orientale et celle de l'Occident sur la considération du pouvoir de la parole en mettant en évidence : *Le Théâtre Balinais*⁸²¹ écrit en 1931 et un autre écrit en 1935, *Le Théâtre oriental et le Théâtre occidental*⁸²². Il plaçait sa théorie qui oppose l'Occident et l'Orient de façon claire et logique. La première culture dépend absolument de l'usage de la parole sur scène. Or, la culture orientale détient une autre manière pour s'exprimer et communiquer sur la scène sans avoir recours à la parole : le langage physique. Le geste devient un autre moyen de véhiculer l'information et apporte à la personne communicatrice un développement du corps physique. Il démontre comment il est possible de faire fonctionner le théâtre indépendamment du texte écrit comme le fait l'Occident. Il est du côté de l'exploitation théâtrale sans texte. Il prouve que le corps physique est un élément indispensable de l'art dramatique, puisque tout ce que la parole dit, le corps peut l'exprimer dans ses gestes. En revanche, ce que le corps exprime est difficile à expliquer verbalement. Dans les paroles, il y a des mots, des sonorités et des dialogues. Or, dans le langage corporel, il y a des gestes, des attitudes, des signes, des mimiques, des expressions faciales ou corporelles et toutes formes de manifestation émotionnelle. Artaud considère que la parole, le dialogue et les mots ne sont pas des éléments théâtraux, pourtant ils sont des éléments indispensables dans le théâtre occidental. En revanche, l'Orient augmente le pouvoir du temps dramatique surtout le deuxième temps – le geste – en renforçant la possibilité de créer une nouvelle méthode en dehors de la parole comme le dédale⁸²³ de gestes, de mouvements corporels, d'attitudes, de sauts ou de cris lancés en l'air. Ainsi se dégage la valeur d'un nouveau langage physique à base de gestes et de signes sur la scène et non plus de verbe.

Il approuve la productivité de la communication physique avancée par l'esprit théâtral oriental, puisque ce langage a deux façons de s'exprimer : visuel et auditif. Le premier est contre l'écriture, c'est donc le geste et le signe. Par exemple un patient qui n'est pas en mesure de s'exprimer verbalement, un seul moyen lui reste pour s'exprimer : le corps. Selon Artaud, le geste lui propose un nouveau chemin sous l'effet d'un langage dont les règles sont indéfinies et introuvables. Il explique encore dans *La Mise en scène et la Métaphysique*⁸²⁴ que le geste dans l'espace théâtral appartient au langage par signes et par attitudes ayant une grande valeur idéographique, et qu'il inclut des gesticulations non perverties.

⁸¹⁹ Texte publié dans la *Nouvelle Revue Française* (n° 217, 1^{er} octobre 1931) sous le titre *Le Théâtre Balinais, à l'Exposition coloniale*

⁸²⁰ Antonin ARTAUD, « *Le Théâtre et son double* », Paris, éditions Gallimard, 1938

⁸²¹ Antonin ARTAUD, « *Le Théâtre Balinais* », octobre 1931, in *Le Théâtre et son double* (1938)

⁸²² Toffin GERARD, « *Antonin Artaud et le Théâtre oriental* », jeu revue de théâtre, 2013

⁸²³ Le dédale est défini dans le jeu théâtral comme un ensemble de mouvements du corps, d'attitudes ou de courbes qui ne laissent aucune partie de l'espace scénique inutilisée. C'est ici que se dégage le sens propre d'un langage corporel ou physique à base de signes sans aucun mot.

⁸²⁴ Antonin ARTAUD, « *Le Théâtre et son double* », op. cit.

Initier le patient à l'usage du langage par signes lui permet de mettre son corps à l'étude de l'art, mais aussi de la science. Le corps doit s'habituer à ses gestes puisque un signe manifesté une seule fois par le corps ne serait pas un geste de sens et de valeur démonstrative pour en tenir en compte dans l'usage du langage. C'est dans ce sens qu'Artaud affirme dans ses expérimentations que le signe n'a pas de valeur communicative dans sa représentation. Il a plutôt un sens dans le langage pour modeler toutes formes de figures et il cherche à remodeler les différentes formes du corps. Il apprécie le corps des comédiens comme signe puisque leurs spectacles offrent au grand public des images scéniques singulières et étonnantes qui répondent aux valeurs identiques aux différentes formes de langages, comme il le prouve clairement dans *Le Théâtre et la Cruauté*⁸²⁵ qui met en relief le langage par le signe dans l'espace scénique avec du son, des cris, de la lumière, des personnages et des objets hiéroglyphes, créant dans l'esprit du spectateur des idéogrammes conduisant à la création d'une nouvelle forme de langage théâtral.

Cette écriture corporelle n'est pas facile à décortiquer, elle nécessite de connaître un code particulier pour pouvoir comprendre le message donné. Le but des comédiens à l'hôpital est de transformer les patients à partir des hiéroglyphes en des personnages et des objets, en une écriture corporelle dite plastique qui donne dans sa longueur de vue une valeur picturale.

« La forme auditive opposée à la parole, c'est l'intonation et l'incantation. Mais il ne faut pas oublier qu'Artaud considère le langage articulé comme "non théâtral;" Le langage auditif n'est-il donc pas le langage articulé ? Il faut relever ici deux aspects du langage articulé : le son et la signification. L'intonation souligne une utilisation particulière de la voix qui insiste sur son aspect sonore : "Ce langage, on ne peut le définir que par les possibilités de l'expression dynamique et dans l'espace opposées aux possibilités de l'expression par la parole dialoguée. [...] C'est ici qu'interviennent les intonations, la prononciation particulière d'un mot." L'intonation développe une musicalité du langage à partir d'une prononciation indépendante du sens concret des mots. L'incantation est encore une autre utilisation des mots. Artaud écrit : "Faire la métaphysique du langage articulé, [...] c'est enfin considérer le langage sous la forme de l'Incantation." Il essaie d'utiliser le langage pour exprimer ce qu'il n'exprime pas d'habitude. L'incantation apparaît au point terminal de cet acte : "Mais avec un sens tout oriental de l'expression, ce langage objectif et concret du théâtre sert à coincer, à enserrer des organes. Il court dans la sensibilité. Abandonnant les utilisations occidentales de la parole, il fait des mots des incantations. Il pousse la voix. Il utilise des vibrations et des qualités de voix." L'incantation est un emploi de la parole qui permet d'agir avec force par l'émotion. L'incantation s'adresse non à l'esprit, mais à la sensibilité. »⁸²⁶

Le geste qui est le deuxième temps de l'art dramatique, l'intonation et l'incarnation sont des strictes expériences contre l'écriture et contre la parole, selon Artaud. Il n'accepte pas un théâtre qui ne se fonde pas sur la fonction et l'activité créatrice de l'esprit. Il est contre toute création facile et *« il écrit en 1925, dans Manifeste en langage clair : "Je me livre à la fièvre des rêves, mais c'est pour en retirer de nouvelles lois. Je recherche la multiplication, la*

⁸²⁵ *Ibid*

⁸²⁶ Naoko INOUE, « Le théâtre pur chez Antonin Artaud — à travers *Le Théâtre et son Double* — », éd. Gallia. 40 p. 227-p. 234, 2001-03-10, p. 5

finesse, l'œil intellectuel dans le délire, non la vaticination hasardée." »⁸²⁷ Il considère la mise en scène comme une œuvre mineure et un simple moyen de présentation ainsi qu'une façon légère pour révéler l'œuvre dramatique. C'est donc dans le geste que le théâtre retrouve sa façon de meubler et d'animer l'espace scénique et de motiver son public. Aujourd'hui, le patient hospitalisé est en mesure de faire oublier la nécessité du langage parlé pour exprimer ses émotions et ses douleurs. Il s'agit en effet de substituer au langage verbal un autre différent de nature.

Dans ce temps dramatique, il y a le troisième élément qui complète les deux premiers. Le théâtre ajoute une autre forme de langage qui n'est ni parlé ni gestuel. Il s'agit d'une apparence particulière : le silence. Les comédiens de l'hôpital utilisent ce temps au-delà de la parole, de l'écriture et du gestuel pour renforcer l'efficacité de l'envoûtement de l'art théâtral. Le silence appliqué permet à la personne objet de l'étude dramatique de faire la médiation pour l'élévation spirituelle. La valeur du silence dans le métier du théâtre étudie le silence du patient dans chaque expérimentation. Il fait la différence entre le silence du temps dramatique et le silence dû à la douleur et à la souffrance de la maladie. Il y a un silence qui harmonise le corps mental avec celui du physique, il y a un autre silence qui marque un refus, une absence de consentement éclairé du patient. Le silence qui fait partie des trois temps de l'art est celui qui développe chez le malade la capacité de s'interroger et de s'intérioriser à travers son silence pour mieux comprendre ses douleurs, ses anxiétés et enfin pour mieux appréhender une meilleure solution avec l'équipe soignante.

Le patient apprend dans l'atelier théâtre le silence de la mémorisation qui permet à chaque interlocuteur de bien mémoriser l'information véhiculée au cours d'une explication quelconque. Il y a des moments où le cerveau ou la mémoire immédiate ne peuvent retenir ou stocker plus de dix à quinze secondes d'informations données ou à donner. Il faut donc que l'interlocuteur engage deux à trois secondes de silence lui permettant de transférer les données, les informations ou le message dans la mémoire intermédiaire.

Dans le même jeu, il y a le silence de la mise en scène considéré comme le seul moyen de l'acteur ou du patient sujet d'étude qui lui permet d'augmenter l'importance et la valeur d'un terme bien précis lors de la communication. Par exemple, au cours de l'échange, l'interlocuteur hausse le ton sur un mot jugé important dans l'information et se tait pendant quelques secondes pour laisser le récepteur bien capter l'information et ressentir l'importance et la valeur de cette information ainsi que la transférer immédiatement dans la mémoire intermédiaire.

Un autre silence, dit silence d'échange, est donc un moyen qui permet à l'interlocuteur, ou qui l'oblige même, à s'exprimer et à donner son avis suite à l'information déjà fournie. Ici, la technique consiste à inciter une réponse ou d'autres propositions à partir de la formule « *Qu'en pensez-vous ?* ». Après avoir posé sa question, il doit tout de suite se taire jusqu'à la fin de la réponse. L'interlocuteur ne va pas supporter très longtemps ce silence et il se sentira obligé de s'exprimer et de s'engager dans le dialogue.

Le malade qui participe à l'exercice théâtral doit savoir mieux manipuler ou manier ces trois temps : parole, geste et silence ou parole, silence et geste. Autrement dit, dans son personnage, il doit être capable de réfléchir avant de parler : dire tout ce qui définit la maladie,

⁸²⁷ *Ibid.*, p. 6

ensuite opter pour un silence qui écoute son intérieur et qui évalue sa douleur et enfin faire le geste qui définit l'action sollicitée, comme le fait de montrer la partie attaquée par la douleur. Ce temps est très sensible puisqu'il est tellement difficile chez le docteur de faire distinguer le silence de l'évaluation du corps et le silence de la peur de s'exprimer. Il est indispensable d'être prudent et attentif pour ne pas se tromper dans l'une de ces différentes formes de silence.

a) La perception du temps, l'attention et l'émotion du patient en atelier de théâtre

À l'intérieur du temps dramatique utilisé à l'hôpital dans les exercices, d'autres éléments complémentaires lient le malade et son soignant artiste tout comme le praticien médical. Tout d'abord, il y a la manière pour le sujet d'apercevoir le temps pour mieux l'adapter dans l'espace environnemental. La perception du temps est donc fondamentale à l'étude de certains mécanismes tant physiologiques que psychologiques pour permettre à l'évaluation du temps accordé à la personne malade et l'attention portée au temps qui passe petit à petit. L'artiste utilise habituellement de façon implicite ou explicite la perception du temps et l'attention accordée pour susciter des émotions, des sensations diminuant ou dilatant la durée de la souffrance par la magie, le pouvoir, la manipulation et l'orientation de l'attention du dramaturge dans l'ensemble de ses objectifs de provocation. Il n'y a jamais de perception artistique sans la perception du temps puisque cela joue un rôle dans le développement de l'homme en général et chez le patient en particulier dans ses comportements en tant qu'individu mais aussi dans la société. Ces éléments complémentaires du temps dramatique ont fait l'objet d'études en psychologie et dans la recherche en neurosciences cognitives. Avant, le visage était connu par son pouvoir de véhiculer des émotions, mais depuis ces études, le corps a été aussi déterminé ou défini comme un vecteur d'émotions et de transmission des informations sur l'action.

La ou les réponses données par ces experts précisent que « *les résultats obtenus chez des patients cérébro-lésés montrent qu'il existe une perception subconsciente des expressions émotionnelles alors même que ces patients sont aveugles aux stimulations virtuelles. Enfin, l'intégration multimalade du geste et de la voix est largement utilisée par les artistes pour intensifier la tension dramatique : les variations prosodiques de la voix accentuent l'émotion transmise par la gestuelle corporelle et l'expression corporelle des émotions module la prosodie de la voix.* »⁸²⁸

Si ces études cherchent le fondement psychologique et cognitif sur la base de la perception du temps et de l'émotion, l'expérimentation théâtrale permet, quant à elle, de repérer les microsensations du patient en étude, mais aussi de cerner les intentions mineures qui fondent le mouvement, soit la perception interne soit la perception externe du corps, sans ignorer le rôle des images psychologiques conduites par le geste individuel ou du groupe. De ce point de vue, il existe plusieurs points de passage qui manifestent les émotions du spectateur-voyeur parallèles à ceux qui motivent le patient en expérimentation.

« *Le langage, la littérature, comme le jeu des acteurs, suscitent des simulations perceptives. Dans le spectacle vivant, le corps des spectateurs est engagé avec celui des*

⁸²⁸ Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAT et Alain VIALA (sous la direction de), « *Corps sur scène* », *op. cit.*, p. 77 et s.

danseurs ou des comédiens. L'attention, les émotions, la perception du temps et des durées sont simultanément activées par les gestes et par le récit. En mettant des mots sur les perceptions du corps, l'expression littéraire, les arts de la scène et les arts visuels identifient des sensations nouvelles.

La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher ont, dans la tradition occidentale, monopolisé l'appréhension du monde extérieur. »⁸²⁹

Tout acte du comédien prend du temps dans la vie de la personne sujet d'étude et la capacité à évaluer la durée est un facteur indispensable dans l'adaptation de la personne à son milieu. Cela permet d'ajuster et d'anticiper tout comportement possible répondant au changement prévisible de son environnement avant que ce changement soit sur lui.

Le temps est aussi un élément crucial chez d'autres artistes comme les musiciens qui utilisent la musique pour d'autres fins d'expressions artistiques ou les danseurs avec leur capacité à percevoir et produire tant des intervalles ou des espaces essentiels. Par exemple une estimation temporelle : quand l'artiste estime ou produit dans chaque exercice des intervalles de temps, la réponse donnée par le patient a une forte probabilité d'être juste. Dans ce même système d'évaluation de temps, le même ouvrage explique que : « *Quand on estime ou produit des intervalles de temps, la réponse est juste, en moyenne. Cependant, si l'on évalue plusieurs fois le même intervalle, il arrive qu'on le juge parfois plus court et parfois plus long qu'il ne l'est. Il existe donc une certaine dispersion de nos jugements autour de leur valeur moyenne. On peut décrire exactement cette dispersion en calculant une valeur unique appelée "variance". La variance dépend de la moyenne d'écart à la moyenne, sans prendre en compte le sens de ces variations (supérieur ou inférieur à la moyenne). Plus elle est faible, plus nos réponses sont groupées autour de la moyenne, plus elle est forte, plus nos réponses sont dispersées autour de cette moyenne. De nombreuses expériences montrent que plus la durée à estimer augmente, plus la variance [...] augmente ; mais cette variance reste une proportion stable de la durée à estimer [...] »⁸³⁰*

Le théâtre aide le malade à retrouver sa force de la perception du temps et de l'attention jugée suffisante pour activer la valeur émotionnelle. Le temps de pose est aussi inclus dans la recherche des émotions et des expressions corporelles.

Mais ce temps dramatique connaît d'autres théories comme celle du temps scalaire capable d'évaluer ou de rendre compte de la performance de la personne expérimentée dans une activité dramatique sur les phénomènes du corps.

b) Le détournement de l'attention par le temps

Avant que l'attention soit détournée ou considérée comme détournée, il faut que tous les éléments ou toutes les théories visant à contribuer à l'éclairage des mécanismes d'estimation temporelle soient en premier temps capables de rendre compte l'évolution du sujet d'étude dans une performance temporelle. Cette performance peut être jouée sur la base de la théorie du temps scalaire ou d'une autre forme métrique. Dans cette étude, seule la théorie du temps scalaire peut donner plus de connaissances à cette évolution temporelle. La théorie dite scalaire, ou sa référence à une échelle de valeurs, est un concept abstrait qui

⁸²⁹ *Ibid.*, p. 78

⁸³⁰ *Ibid.*, p. 83

s'exprime de façon différente en langue et à d'autres formes selon le contenu lexical des émotions ou expressions comme le geste, la voix, le rire, la colère, la peur, le froid et le chaud ou d'autres en les désignant chacun une étape différente sur l'échelle temporelle ou de la température par exemple. « *Cette théorie stipule qu'une base de temps émet des impulsions dont le débit est assez régulier. Au début d'un intervalle à estimer ou à produire, un interrupteur déclenche le stockage de ces impulsions dans un accumulateur. On remarquera que ce modèle ne s'applique qu'aux jugements prospectifs, puisque l'interrupteur doit déclencher le mécanisme de mesure du temps au début de l'intervalle d'intérêt. À la fin de l'intervalle, l'interrupteur interrompt le stockage et c'est le niveau atteint dans l'accumulateur qui indique le temps écoulé depuis le début : plus le niveau est élevé, plus l'intervalle était long.* »⁸³¹

Dans cette expérimentation théâtrale à l'hôpital, l'exercice peut être dans une relation comparative exercée d'un espace à l'autre ou tout en restant dans le même espace. En principe, l'étude considère que cette comparaison met en jeu deux états tels que l'événement et l'échelle sur laquelle ils doivent être mesurés tous les deux. Ici, il y a donc le comparant (le comédien professionnel) qui sert de pôle de référence et le comparé (le participant ou le patient) qui est confronté et qui reçoit une gradation : soit égale, soit supérieure ou inférieure selon le pôle de référence. Il est strictement interdit dans l'expérimentation théâtrale de donner ou de reformuler des adjectifs comparatifs qui renvoient à des valeurs tantôt positives ou tantôt négatives. L'attention comparative doit être détournée dans un langage simple et équilibré – la présence de la polarité des arguments ne doit pas manquer dans le constat.

2) La communication entre artiste-soignant et patient

Le travail communicatif de l'artiste consiste à développer la liaison établie entre le patient et son docteur pour bien assurer le processus de santé. Il s'attache donc à certains principes qui distinguent la représentation collective et la représentation individuelle qui contribuent à la recherche heuristique, tant sur le corps du patient que sur sa vie sociale. Cette partie s'intéresse beaucoup au concept de la représentation sociale. Il essaie d'aider le malade dans sa relation sociale pour faire face à son environnement, comme la perception de sa maladie, son image, son mental pendant et après sa maladie, son objet et sa méthode de réinsertion sociale dans une mise en scène d'étude collective ou individuelle en faisant référence au monde dans lequel il vit. Par ce principe, il doit mettre en pratique un processus solidifiant la relation entre le contenu du jeu, l'objet envisagé et le sujet de l'exercice. Ceci permettra à l'individu qui vit en interaction avec ses proches de créer ses moyens et ses méthodes propres à lui pour sa représentation, son image via ses propres connaissances qui feront par la suite l'objet de partages par le groupe de travail afin de trouver un sens commun. Cette communication consiste aussi à préparer le sujet d'étude : comment interpréter une réalité de vie quotidienne ainsi que comment s'adapter à chaque situation le concernant pour pouvoir mieux contrôler son environnement ? L'avantage de cet exercice encourage l'individu qui n'est pas en mesure de savoir et de maîtriser le sens commun à appréhender toute situation qui lui paraît étrangère et méconnaissable et de pouvoir intégrer dans son espace d'échange de

⁸³¹ *Ibid.*, p. 85

nouvelles connaissances permettant de faciliter et d'apprendre comment communiquer en groupe d'une manière transparente. L'individu apprend une autre forme d'intelligence appelée couramment *pensée sociale*. Elle est une des méthodes artistiques et théâtrales qui force la réintégration du patient dans sa société puisque la pensée pratique du sujet est bien orientée vers un autre style de communication, de compréhension et de maîtrise de son environnement matériel, social et idéologique. « *Ce concept renseigne sur les comportements de personnes faisant partie d'un groupe, comportements qui peuvent être exprimés de manière totalement différente lorsque la personne est seule face à une même décision. C'est-à-dire que le sens commun peut prendre le dessus sur la réflexion individuelle, "cette représentation a des incidences directes sur le comportement social et l'organisation du groupe et va jusqu'à infléchir le fonctionnement cognitif lui-même." "Le sujet confronté à une majorité [...] adopte les représentations du grand groupe quelquefois en dépit de ses propres perceptions. [...] les représentations partagées par plusieurs individus apparaissent comme plus fortes et plus convaincantes que celles d'un individu unique qui n'a pour appui que son propre jugement." Pour que l'individu se construise psychiquement, élabore son système de pensée, de réflexion et se crée sa propre identité, il doit pouvoir faire appel à des notions communes de son groupe social et à un lexicographique commun, qui sont pour lui des repères fondamentaux pour son insertion sociale." Ainsi, lorsqu'une personne n'utilise pas le même lexique que soi, la question d'entrer en relation est posée.* »⁸³² Le patient doit comprendre que sa cognition sociale fonctionne à partir de ses expériences personnelles et professionnelles, tout comme sa culture qui lui permet d'agir ou d'interagir selon sa conviction ou certaines normes partagées socialement ou admises par ses émotions corporelles.

« *En outre, les représentations sociales "ont toujours un sujet et un objet : elles sont toujours représentation de quelque chose pour quelqu'un" et leurs interprétations peuvent évoluer dans le temps, "le contenu de la représentation varie parfois [...] le cas du toxicomane [...] est passé par certaines phases différemment connotées. Le regard social [...] a évolué du registre moral (la faute) au registre légal (le délit) avant d'atteindre le registre médical (la maladie) en passant par le registre existentiel (style de vie...).* On constate ainsi une mutation de la représentation sociale [...]. Les termes mêmes qui véhiculent la représentation du toxicomane se transforment [...]. Enfin, les représentations sociales régissent nos modes de communication qui sont codifiés, cela nous offre la possibilité de rendre nos échanges plus efficaces et enrichissants. »⁸³³

a) La communication verbale et non verbale

La communication retenue ici par l'artiste dans l'expérimentation théâtrale fait appel et usage à l'ensemble des trois éléments formant le temps dramatique. Dans l'exercice de l'art à l'hôpital, le mot communiquer se définit dans l'usage de la parole, le geste et le silence afin de faciliter l'échange entre l'artiste et le patient ou l'ensemble des participants. Ils permettent à chaque sujet de comprendre l'action de transmettre une information, un message ou faire partager une connaissance que ce soit individuellement ou en groupe, en utilisant la méthode

⁸³² Cendryne CRONIER, « *Le prendre soin de personne non communicante* », *Travail de fin d'études – IFSI-CHU de Rennes – Promotion 2006-2009*, p. 6

⁸³³ *Ibid.*

verbale – la parole – ou la méthode non verbale – le geste – et le silence. En principe, communiquer par l'art est une manière d'expliquer, de faire partager ou d'être en relation avec une autre personne dans le but de transmettre par contact. Le patient ou tout résident à l'atelier doit apprendre ces méthodes pour mieux exprimer ses sentiments et à faire partager au docteur et à son équipe et les informer sur le degré de sa souffrance. Chaque mot et chaque geste du patient dans l'exercice théâtral est étudié ensemble pour l'aider à orienter le patient à s'exprimer tant par ses mots que par son corps et à informer ou partager son expérience avec ses proches ou son équipe soignante et surtout qu'il arrive à communiquer avec lui-même. C'est ce que l'art dramatique appelle une communication unidirectionnelle.

Le théâtre impose à l'hôpital sa communication verbale qui nécessite la présence de la personne émettrice d'une information – le comédien –, puis la présence d'une autre personne réceptrice du message véhiculé qui peut être soit le patient sujet d'étude, soit ses proches et/ou le public voyeur. Il est important de préparer le corps du patient à être capable de transmettre des informations, puisque l'échange ne peut se faire que si le récepteur de l'information agit directement en interaction avec la personne source, par des mouvements de renvoi ou de rétroaction symbolisant une réponse cohérente escomptée par l'émetteur. Pour qu'il y ait échange, il faut que le message transmis présente le même intérêt pour l'interlocuteur ; à défaut, il n'y aura pas de communication efficace.

Il est indispensable de soulever le problème du langage. Les parties communicantes doivent avoir ou maîtriser le même code du langage. C'est ce qui fait que quelquefois, l'échange bidirectionnel devient impossible. Malgré cela, l'émetteur et le récepteur communiquent verbalement, mais ce dernier n'est pas en mesure de lui répondre oralement. En cas de problème de décodage de l'information verbale, l'émetteur-artiste sera dans l'obligation d'utiliser des techniques de monologue, c'est-à-dire faire une rétroaction.

Dans cette optique de communication entre l'artiste et le résident, il peut y avoir une autre forme d'échange appelée communication non verbale. Elle consiste en l'articulation et en l'élasticité du corps – le langage du corps. Il peut être manifesté de façon consciente ou non, mais demande la présence du deuxième temps dramatique – le geste – qui comporte les éléments suivants : le corps, la mobilité du corps, le contact des yeux, la distance physique, l'expression faciale, l'apparence, la posture, le geste, l'odeur et la proxémie⁸³⁴. Cette dernière est une technique de communication qui concerne uniquement la position du corps selon l'espace. Cette technique est le fruit d'une étude réalisée par l'anthropologue américain Edward T. Hall à partir de 1963⁸³⁵ et selon laquelle il existe quatre sortes de distance. Il a étudié la distance physique possible d'être appliquée entre deux personnes prises dans une interaction et il a précisé que ces distances varient selon les différentes cultures considérées. Par exemple les Latins appliquent le contact physique avec une distance très courte ; elle est considérablement réduite dans les pays africains et leur contact physique est très fréquent. Or, dans la plupart des pays nordiques et au Japon, les contacts corporels sont très rares : chacun garde avec l'autre des distances importantes. Edward T. Hall précise aussi que cette distance varie selon l'endroit, le lieu où l'interaction s'effectue. Il est indispensable que l'émetteur

⁸³⁴ La proxémie ou la proxémique est définie, par Edward T. HALL dans son ouvrage *La Dimension cachée*, comme une approche de l'espace matériel qui étudie le lieu et la distance physique permettant la communication entre deux personnes en tenant compte de leurs cultures spécifiques et de leurs pays.

⁸³⁵ Edward T. HALL, « *La Dimension cachée* », Éd. du Seuil, Paris, 1971

évalue la distance de son récepteur. Mais il faut aussi faire la différence entre cette distance fondée sur l'expérimentation du patient et la distance utilisée dans les milieux publics.

Il affirme la présence de ces quatre distances applicables chez l'humain et expérimente que le passage de l'un à l'autre et selon leur distance leur apporte des modifications sensorielles. Dans la pratique théâtrale, les quatre distances sont applicables : intime, sociale, personnelle et publique. Pour chacune de ces distances, il y a un mode proche et un mode lointain :

- la distance intime est estimée en mode proche à quinze centimètres et en mode éloigné à quarante centimètres ;
- la distance sociale est estimée en mode proche de 125 à 210 centimètres et en mode éloigné de 210 à 360 centimètres ;
- la distance personnelle est estimée en mode proche de 45 à 75 centimètres et en mode éloigné de 75 à 125 centimètres ;
- la distance publique est estimée en mode proche de 360 à 750 centimètres et en mode éloigné elle est au-delà de 750 centimètres.

Ces normes sont différentes selon les deux personnes et leur culture, leur espace qui permettent d'étudier la proximité en question.

Cette partie de la communication non verbale qui repose sur l'expression faciale exprimée par le visage, la mimique, le geste et le sourire transmet des émotions exprimant le bien-être ou le mal-être. Le regard renvoie une autre forme de communication non textuelle à l'autre qui lui apporte une attention et qui fait que la communication reste possible, surtout si l'interprétation de l'information reste au même niveau d'échange.

Il peut y avoir aussi dans la communication verbale des variations de timbre, de volume ou de rythme exposés sous d'autres formes ou situations telles que tremblante, rapide, posée, lente, haute, basse, et qui sont susceptibles de changer, de modifier le sens du message transmis.

b) Le patient non-communicant

Le théâtre ne différencie pas ou ne distingue pas le patient communicant verbalement ou celui qui communique de façon non verbale. Il admet que chaque individu, quels que soient son état de santé ou de son infirmité, physique ou psychique, est considéré comme une personne à part entière dans l'atelier, tout en tenant compte de ses besoins et de ses envies. Le même cas se présente dans les études infirmières, comme le précise Cendryne Cronier : « ...je ne savais pas si la personne avec laquelle je communiquais oralement me comprenait, mais le fait de lui parler de manière calme et chaleureuse, de lui dire ce que j'allais lui prodiguer comme soins ou tout simplement de l'avertir des activités qu'elle avait ce jour, me remplissait de satisfaction, je me sentais moins démunie et peu importe l'émission de réponse ou non, je sentais qu'elle m'écoutait et j'observais qu'elle me répondait, c'était peut-être de l'interprétation, mais, je m'adressais à elle, en tant qu'être humain et non en tant que patient IMC. Je ne voyais plus seulement le corps, mais je voyais la personne qui vivait dans ce corps. Ainsi, je venais de franchir une nouvelle étape vers l'empathie, que malgré tout je pouvais ressentir pour des personnes vulnérables, mais qui elles étaient communicantes dans le sens commun du terme. Désormais, je me situais plus dans le "voir une feuille dans toute sa

clarté sans perdre de vue sa relation avec l'arbre", selon une citation de A.Watts. Je portais à l'égard de cette personne une attention particulière, par des petits mots, des petits gestes, une caresse sur la main ou sur la joue, ce dont je pensais ne pas être capable de faire avant. »⁸³⁶

En effet, les artistes participants dans les différentes expérimentations théâtrales à l'hôpital prouvent le fait que prendre soin des personnes non communicantes n'est pas facile, mais que c'est indispensable. Car malgré le manque d'investissement personnel des patients, ceux-ci ont toujours le droit de bénéficier des activités culturelles et théâtrales à l'hôpital, mais les artistes rencontrent tous les jours des obstacles pour ce genre de prise en charge. Ils ont un objectif particulier : ils assurent l'intermédiaire entre le soignant et l'équipe médicale pour identifier les obstacles de la prise en charge d'un patient en difficulté de communication ou non-communicant. Le grand problème qu'ils affrontent est de pouvoir trouver un moyen d'assurer une prise en charge de qualité et sur mesure sans réduire le temps de l'exercice puisque communiquer avec un patient non-communicant ou déficient prend plus de temps pour mieux comprendre son regard, son geste, son émotion et son attitude. Il est différent d'une personne qui utilise la langue parlée pour s'exprimer et faire connaître ses émotions.

Certaines équipes d'infirmières démontrent que le temps d'écoute d'une personne en déficience d'outil de communication verbale est très court et qu'elle demanderait plus d'attention. Cendryne Cronier dit que : *« ...le temps, en tant qu'infirmière, manque souvent, nous pouvons rapidement être débordée par les soins techniques et administratifs, nous laissant alors peu de disponibilité pour prendre le temps d'écouter le patient non communicant : "Je n'ai pas pris le temps.", "ma collègue n'a pas pris le temps." Je pense que lorsque nous sommes encore étudiantes infirmières, nous avons le temps de prendre le temps, mais ensuite les responsabilités se cumulant, je partage l'avis des infirmières lorsqu'elles parlent de leur manque de disponibilité. De plus, les infirmières évoquent le fait que le manque de connaissance du degré des perceptions (10 %) et du degré de compréhension (7 %) de la personne non communicante soit également un frein pour sa prise en charge. Je me retrouve une fois de plus devant le fait qu'il persiste un doute sur notre relation d'aide avec cette personne non communicante. En effet, comment être sûre qu'elle comprenne et qu'elle perçoive tout ce qui se trame autour d'elle, en l'absence de réponse (9 %), nous devons nous remettre à nos ressentis, notre expérience personnelle et professionnelle et faire un peu abstraction du fait qu'elle ne nous dise ou ne nous montre pas si ce que nous lui faisons lui procure un bien-être. »⁸³⁷*

Il est choquant que le métier d'infirmier considéré comme un art de sagesse et de patience ait failli ou manque de stratégie pour atteindre les résultats escomptés et que c'est l'art théâtral qui évalue et découvre ce que le patient non-communicant veut exprimer, quelle que soit sa déficience. Il est difficile de motiver le malade pour participer à la démarche, mais la certitude de l'efficacité de sa motivation de soins est facile à évaluer si son implication est considérable et solide. Les artistes et l'équipe médicale doivent prévoir et définir ensemble les objectifs de soins selon la maladie. Ils doivent ensuite prendre conscience des stratégies d'adaptation à mettre en place pour optimiser les échanges entre eux et le patient en difficulté de communication. L'équipe de soins et celle des artistes mettent en place dans premier temps une méthode ou une stratégie d'adaptation à utiliser pour mieux comprendre l'émotion, la

⁸³⁶ Cendryne CRONIER, « *Le prendre soin de personne non communicante* », *op. cit.*, p. 18.

⁸³⁷ *Ibid.*, p.20.

douleur et la maladie dont souffre le patient non communicant. Dans tous les cas, même ce dernier n'est pas en mesure de communiquer verbalement, mais cela n'empêche pas les infirmiers ou l'artiste, d'opter ou de garder une communication verbale pour l'inciter à parler. Toutefois, la plus grande partie de la communication estimée de 45 % à 60 % d'un langage gestuel favorisant l'entrée en communication avec le soignant et même avec ses proches. C'est à travers le langage du corps que ces artistes et le patient communiquent pour exprimer et comprendre les besoins fondamentaux du soigné. Ils peuvent utiliser leurs doigts en faisant des signes, ou faire des gestes pour expliquer les douleurs et indiquer là où la maladie règne.

« Je me souviens de cet enfant, que j'avais rencontré dans un service de pédiatrie, il était atteint d'une maladie neurodégénérative et, pouvait en plus de ses mains, utiliser également ses membres supérieurs pour nous indiquer par exemple son opposition, mais cela, je ne le compris que grâce à sa mère qui savait interpréter ses moindres réactions. Il savait utiliser son regard pour me faire comprendre qu'il était anxieux à l'approche des "blouses blanches", mais ces yeux pouvaient tout aussi bien indiquer un sentiment de confort, de bien-être, et dans ces moments-là, je pouvais observer la quiétude sur son visage. Ainsi, selon les infirmières, l'expression faciale ne représente que 5 % des stratégies d'adaptation utilisées. Ainsi, je ferai cette transition avec cette citation : "Ce n'est pas parce que la personne ne communique pas verbalement que l'infirmière ne doit pas favoriser l'écoute. Les silences peuvent être des modes de communication, les mimiques, et les gestes..." Dans un second temps, je vais vous faire part des stratégies mises en place par les soignants pour communiquer avec un patient dont les modes de communication sont inhabituels. Ainsi, les trois infirmières estiment que l'utilisation d'au moins trois de nos cinq sens est nécessaire, l'ouïe (quatre items), la vue (cinq items) et le toucher (quatre items), pour pouvoir communiquer avec le patient non-communicant verbalement. En effet, la notion de "toucher-tendresse", associée à celle de proxémie, permet à la fois au patient de prendre conscience de son corps, mais aussi d'entrer dans la sphère intime de la personne et donc de créer un climat de confiance. »⁸³⁸

Cendryne Cronier a montré encore une fois l'efficacité de cette communication non verbale et prouvé comment elle était surprise par la compréhension démontrée par ses proches et surtout comment ils arrivent à déchiffrer, à décoder la souffrance du patient avec une interprétation très juste et vraie. *« Ainsi, Walter Hesbeen l'exprima sous cette forme "tisser des liens de confiance : la chaleur, l'écoute, la disponibilité, la simplicité, l'humilité, l'authenticité, la compassion." J'ai eu l'occasion de voir expérimenté le toucher-tendresse, notamment lors du bain d'une personne polyhandicapée, et moi qui n'arrivais pas réellement à comprendre ses modes de communication, je fus surprise de voir ses réactions quand les aide-soignantes lui firent un massage du cuir chevelu. En effet, je la vis se décontracter, son visage semblait moins tendu et pour la première fois, je pus entendre un petit grognement de satisfaction, de bien-être, du moins c'est comme cela que l'équipe et moi-même l'interprétions. L'observation permet également aux infirmières de se rendre compte si quelque chose ne va pas chez un patient, en effet, l'expression de son visage fermé, son regard un peu fuyant, peuvent être des prodromes, par exemple d'une crise d'épilepsie chez ce jeune patient [...]. »⁸³⁹*

⁸³⁸ Ibid., p. 19

⁸³⁹ Ibid., p. 20, s.

En général, il faut un artiste ou une infirmière spécialisée pour mieux déceler toutes formes de signes si infimes qui demandent une implication de tous les organes des sens avant de prévoir un changement de comportement ou plutôt d'entrer en relation avec le patient. Le fait de participer à l'atelier théâtre qui étudie le langage par signes aidera les infirmières et les familles du patient à mieux s'adapter et comprendre à la vie d'un malade ainsi que de communiquer avec lui. L'important dans la manière de prendre soin d'un non-communicant oralement se justifie dans la mise en acte du respect humain ainsi que dans la reconnaissance de la dignité de la personne malade. Il faut donc mettre en pratique de la douceur, de la relation d'aide et de la chaleur humaine pour satisfaire le désir du malade. L'activité dramatique désigne l'acte par lequel le soin entretient le corps tant par le physique que par le mental et par le social. Il faut aussi distinguer les patients non-communicants et les patients qui sont dans le coma. Ces derniers ne font pas partie de cette étude puisqu'ils présentent un cas particulier.

Prendre soin de la personne non communicante est un art, il s'agit de l'art de l'artiste de théâtre, du thérapeute ou du médiateur spécialisé du langage par signes, ceux qui parviennent à combiner et à ordonner les éléments de connaissances et de savoir-être, mais aussi à l'institution, qui vont permettre d'apporter un soutien et d'aider une personne en difficulté surtout dans une situation jugée singulière. La pratique de cet art, l'infirmière, par le biais de soins artistiques, demande l'usage des techniques de soins, mais aussi de la relation entre soignant et soigné. Cette étude d'art-thérapie est similaire à celle d'infirmière impliquant l'ensemble de l'équipe soignante et elles ont les mêmes principes et les mêmes objectifs, comme il a été bien déterminé dans le Code de la santé publique dans son article R.4311-2 qui dit que : *« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :*

1° de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »⁸⁴⁰

⁸⁴⁰ Code de la santé publique, *op. cit.*

c) Communiquer avec le patient par le toucher

Le toucher ou le contact physique est le premier moyen de communication de tout être humain particulièrement celui qui n'est pas en mesure de s'exprimer oralement. Dans cette option, les dramaturges exerçant à l'hôpital ont mis en place le concept de communiquer par le toucher-tendresse dans le but de communiquer et de transmettre une information. C'est ainsi que le comédien pourra combiner la technique d'Edward T. Hall sur la notion de quatre types de distance de communication. Par exemple pour chercher ou détecter la partie touchée par la douleur de la maladie, il est possible de mettre en œuvre des gestes de soins artistiques comme le fait de caresser le bras souffrant d'un patient touché par un AVC⁸⁴¹ et qui n'est pas capable de communiquer verbalement. Le toucher indiquera la partie souffrante, mais aussi le visage ou le signe facial indiquera le degré de la souffrance. C'est dans cela que les participants à la communication entrent en relation et partagent leurs connaissances, leurs émotions, leurs savoirs, leurs affections. C'est aussi le seul moyen d'être attentifs l'un envers l'autre dans une phase d'échange. Le toucher est le procédé idéal pour communiquer et pour échanger avec le mourant, mais cela reste très sensible puisque le malade est nu avec la peau flétrie et le toucher n'est pas si facile pour le comédien puisque repoussant, car l'œil n'y voit plus de beauté ni d'éthique. La pratique demande une caresse, une attention donnée au corps du malade, un signe et un échange qui répondent à l'angoisse du mourant.

Dans chaque expérimentation, le toucher doit être accompagné par le son de la voix qui calme le malade et un regard qui apaise la douleur et la souffrance. Chacun est considéré comme un passeur aux yeux du mourant ; il sollicite la force, l'écoute, l'accompagnement et ces moments de sérénité restent indispensables dans sa vie. Le comédien et son équipe sont des passeurs, puisque ces derniers sont avec celui qui traverse pour assurer la rame et choisir la bonne direction, mais le choix du navire est un élément fondamental du voyageur. Il est donc mieux de dire que le voyageur ne peut jamais avancer sans la forte disponibilité du passeur. De même, le patient non-communicant par la voie orale ne peut en aucun cas améliorer son état de santé sans accepter que cette écoute lui procure un chemin, un moyen, de mieux partager et de participer à l'évolution de son état de santé. En effet, le voyageur accompagne le passeur. C'est une des raisons qui permet de dire qu'il y a une phase d'échange surtout ce qui paraît profondément commun – l'être humain est un être mortel.

Conclusion du Chapitre II

En dernière analyse, notre travail montre qu'il faut tout d'abord définir les différents corps qui vont participer aux activités médico-théâtrales pour l'expression interne et externe de l'être humain avant que l'artiste s'exprime sur scène.

Pour l'artiste africain, il identifie à travers la médecine traditionnelle trois corps capables de participer à la recherche médico-théâtrale : le corps physique, le corps mental et le corps spirituel, comme il a été confirmé lors d'une Conférence⁸⁴² en Italie, par le Docteur Ibrahim Sylla Tati, d'origine sénégalaise, de la Fondation Sylla Caap⁸⁴³.

⁸⁴¹ Accident vasculaire cérébral (AVC)

⁸⁴² Dr Ibrahim SYLLA TATI, Conférence, « Médecine traditionnelle africaine » à Pavie (Pavia), Italie, 2007, (*Orrizonti di Luce*), Une lecture particulière dans l'histoire de la médecine africaine. 29^e JEFAC de l'AUFEMO. Bamako, novembre.2009.

⁸⁴³ Une fondation sénégalaise humanitaire qui s'occupe des femmes, des femmes enceintes et des enfants concernés par la prévention et l'éducation pour la santé. Elle fait des dons pour plusieurs projets comme la culture, l'agriculture, l'eau, la terre et sur la solidarité d'Afrique.

Dans cette phase de recherche, il était question de savoir pourquoi mettre en évidence ces trois corps du comédien dans un processus théâtral à fin thérapeutique.

Il est possible de constater dans plusieurs ateliers théâtre que les participants pensaient que le corps s'exprime uniquement à travers le verbe mais ils ignoraient que le corps peut s'exprimer par d'autres moyens comme les postures, les mimiques, les silences, les rires, les colères, les peurs et les gestes. Toutefois, ces émotions s'expriment dans la règle du temps dramatique.

En revanche, il faut retenir ici, que tout ce que le comédien exprime corporellement, à travers ses douleurs réelles issues d'une maladie ou venant d'une situation imaginaire, explique ce que l'esprit n'arrive pas à dire ou refuse tout simplement.

Il est possible de comprendre aussi par ses faits et gestes que sa fiction fait appel à l'imagination mais ses conséquences sont parfaitement réelles chez le grand public. Il était indispensable de voir encore dans les représentations que les visages des spectateurs sont disponibles pour suivre chaque mouvement du comédien et laissent se mêler le rire et la tristesse selon le cas tout en étant tenus à une règle de discrétion pour ne pas gêner leurs voisins.

Conclusion du TITRE II

Pour conclure, notre travail a démontré que les ateliers théâtre participent activement au changement de comportements et permettent au patient d'en apprendre un peu plus sur les événements de son corps.

Tout compte fait, la parole du patient n'est pas l'unique moyen de communication car, chez d'autres malades, elle présente des difficultés soit de prononciation, soit de lecture et de compréhension de leurs maux afin qu'ils puissent les exprimer verbalement.

Il est évident de constater par exemple dans le cas du *Docteur Knock*⁸⁴⁴ qu'il jonglait avec ses mots pour contourner la douleur du patient et ramener ce dernier vers d'autres expressions que celles qu'il avait envie d'exprimer. Cet exercice illustre aussi que même si le dialogue est l'unique moyen de cerner l'état de santé du patient et de cibler la partie souffrante de son corps il peut également désorienter le patient pour lui faire dire des choses déraisonnables comme dans le cas du *Docteur Knock*⁸⁴⁵ avec ses patients ou de *Molière*⁸⁴⁶ dans ses différents ouvrages.

Il était donc question de comprendre la relation entre le mal, la maladie qu'endure le patient et les émotions qu'il exprime pendant l'atelier d'échanges.

En effet, il est possible de constater, dans le rôle du comédien, que le corps souffrant par des peines de l'esprit n'est jamais stable puisque les douleurs forment, progressivement, des troubles mentaux gênant son épanouissement. Par contre, il ne faut pas pour autant oublier encore que l'esprit libère ce genre de troubles pour répondre aux exigences du corps en cas de besoins.

⁸⁴⁴ Jules ROMAINS, « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », *op. cit.*

⁸⁴⁵ *Ibid.*

⁸⁴⁶ MOLIÈRE., « *Le malade imaginaire* », *op. cit.*, MOLIÈRE, « *Le Médecin malgré lui* », *op. cit.*, MOLIÈRE, « *Dom Juan ou le festin de Pierre* », *op. cit.*, « *Le Médecin volant* », *op. cit.*

Finalement, au théâtre comme à l'hôpital, le corps et le visage constituent un assemblage d'expressions gestuelles et faciales dont le but est d'extérioriser et de lire ce que le corps a envie de dire à travers ses émotions.

CONCLUSION PARTIELLE PREMIÈRE PARTIE

Notre travail retiendra donc que le programme culturel intégrant le théâtre dans le milieu de soins et leurs ateliers d'échanges ont effectivement un impact majeur et réel, tant sur l'institution hospitalière organisatrice que sur ceux qui les pratiquent. Cette influence est très visible non seulement lors du déroulement de l'exercice, mais aussi après l'exercice. Les trois notions informer, éduquer et communiquer forment le champ de travail du comédien.

Parallèlement à l'idée de la démocratisation du droit culturel, l'État a mené cette politique envers de nouvelles catégories de publics : la population fragilisée, les personnes en situation précaire, les pauvres et le public de proximité.

La participation du personnel des services à ce projet demande automatiquement une répartition des tâches dans l'ensemble de ces unités de soins.

On constate ici que la plupart des activités théâtrales développées dans ce cadre sont détournées, en quelque sorte, pour redynamiser le service de santé et son personnel. Ce dernier considère que ce dispositif leur permet de tisser des relations avec d'autres praticiens de santé d'unités médicales différentes.

On retiendra encore dans cette partie que l'action théâtrale est considérée comme outil de communication, mais qu'il présente des limites pour certains soignants. Une partie d'entre eux observe l'atelier comme une vitrine de la nouvelle médecine ou de la médecine expérimentale ; en revanche, d'autres le considèrent comme un surplus, un temps supplémentaire de travail et refusent d'y participer. Selon eux, ceci ne fait pas partie de leur tâche ni de leur formation. Ils jugent donc que le théâtre à l'hôpital est une activité externe, gérée par un personnel étranger à l'établissement et ils ne sentent donc pas concernés. Il y a donc là un problème d'organisation institutionnelle, mais aussi interministérielle.

On constate encore dans notre recherche que le malade retrouve, au-delà de la mise à l'écart de mauvais comportements dans sa vie quotidienne, une reconnaissance identitaire d'une part, et, d'autre part, une possibilité de s'exprimer d'une autre manière, en véhiculant un message à travers son corps. C'est une nouvelle façon de communiquer et de partager, via une expérience esthétique.

Toutefois, la théorie selon laquelle la participation du patient dans le processus théâtral favorise l'amélioration du comportement a bien été confirmée par cette recherche selon les méthodes d'éducation à la santé ou d'éducation sanitaire validées par la politique nationale de santé.

Notre travail a bien démontré que l'alliance entre le médical et le culturel à travers l'atelier théâtre nécessite tout d'abord le consentement du patient avant toute exécution de mesures de prise en charge. On a bien vu, dans ce cas, que c'est à travers la stratégie et la méthode d'information des mesures et des comportements de santé que le patient peut se confier à son comédien et à l'équipe de soins pour participer aux assises d'échanges des informations de santé.

En revanche, est invalidée l'hypothèse selon laquelle l'implication du malade dans l'atelier théâtre modifie l'idée centrale de l'art dramatique de façon durable.

Cependant, on constate effectivement que les effets de cet art relèvent davantage d'une démarche de resocialisation et de démocratisation participative à l'activité culturelle. Le praticien médical et paramédical se trouve ici dans une phase de changements de rôle et incarne une autre responsabilité qu'il n'avait pas avant. C'est encore le cas pour le personnel administratif qui aujourd'hui est impliqué dans une gestion de projet culturel au-delà de la gestion administrative habituelle dont il doit s'occuper.

Cette partie de la recherche a bien démontré que le comédien responsable de la prise en charge n'a pas le droit de donner un diagnostic. Cela montre explicitement que cette activité est rattachée directement aux soins du patient et n'est pas une activité à part entière, détachée de soins, sous la responsabilité de l'équipe pédagogique d'art dramatique.

Cette recherche montre que le corps humain constitue l'élément central dont le comédien cherche à extraire des comportements non conformes à la politique sanitaire. Il cherche aussi à éduquer d'autres acteurs participant aux mesures disciplinaires et sanitaires faisant évoluer l'état de santé du malade.

Toutefois, il faut aussi attirer l'attention du public voyeur pour qu'il soit attentif et évite d'être trompé par de faux médecins, des charlatans ou des opportunistes comme ça a été démontré dans plusieurs ouvrages de différents dramaturges tels que *Le Malade imaginaire*⁸⁴⁷, *Knock* ou *Triomphe de la médecine*⁸⁴⁸ et *Le Médecin malgré lui*⁸⁴⁹. Ces textes démontrent que parfois les patients sont naïfs et se laissent emporter par le discours des médecins.

On a constaté aussi qu'au-delà des conventions nationales, une autre politique se développe vers les communes, les départements et les régions qui développent tous ensemble de nouveaux programmes renforçant celui du gouvernement central.

Cependant, bien que le théâtre s'inscrive dans la durée à partir de ses ateliers d'échanges, il n'est jugé que comme un dispositif éphémère. C'est pourquoi certains spécialistes considèrent que la place qu'occupent les échanges dramatiques, durant l'hospitalisation du malade, reste infime. Ce travail, dans sa deuxième partie, se demandera ce qu'il en est. En cas de changement de politique, que se passera-t-il ? En ce sens, la seconde partie démontrera la stratégie de pérennisation et d'organisation de ces ateliers en psychiatrie et en ergothérapie selon le programme en question.

Pour cette seconde partie, notre travail exploitera la deuxième phase des enquêtes qui ont été menées, les analyses et les rencontres qui ont permis d'améliorer et de structurer cette recherche, ainsi que les grilles d'analyse sur le patient, le comédien, le personnel soignant et le public.

⁸⁴⁷ MOLIÈRE, « *Le Malade imaginaire* », *op. cit.*

⁸⁴⁸ Jules ROMAINS, « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », *op. cit.*

⁸⁴⁹ MOLIÈRE, « *Le Médecin malgré lui* », *op. cit.*