



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 II

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)



PARTIE II -

JOUER AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ COMME DANS UN GRAND THÉÂTRE

Le jeu dramatique, qui est l'art du savoir-faire de Sophocle dans la tragédie grecque, de Shakespeare dans la culture anglaise et de Molière dans la comédie française exploite à l'hôpital des actes, des mots, des gestes et l'esprit pour repérer des symptômes, identifier des maladies, étudier des douleurs afin d'ajuster les comportements et de proposer des solutions pour la resocialisation du malade après son hospitalisation. Ce travail est très utile dans cet univers où il y a des gens qui rêvent, qui souffrent et qui font des cauchemars chaque nuit et qui perdent peu à peu l'espoir de retrouver leur vie normale.

La présence du théâtre initie des créations et elle sépare la réalité opératoire d'un autre espace appelé l'inconscient. C'est dans cette partie de la recherche que sera montré que la théorie psychanalytique joue avec le théâtre sous forme d'une tragédie expérimentale.

En étant dans une spécialité du droit, de la santé médicale et du médicosocial, le rapport entre le théâtre et la psychanalyse met en question la notion de l'authenticité, au regard de la question de la réalité de vie et de ce que vivent les patients avec leurs maladies. Il est temps de chercher la vérité du jeu, l'illusion de l'art et l'identification de la maladie. Jouer comme au grand théâtre permet d'extraire de cette diversité le plaisir théâtral et la réalité qui est l'élément principal de cette expérience. Lors de l'expérimentation, le comédien joue le personnage de l'autre et les analyses données par l'analyste le considèrent comme une autre personne dans une relation transférentielle. Donc, la question de l'authenticité de la théâtralité du comédien se rapproche des normes juridiques, puisqu'en droit, un acte n'est jamais authentique que s'il est conforme aux normes⁸⁵⁰ sous des formes officielles et solennelles. En général, celui-ci s'oppose formellement à un acte sous seing privé – l'Autre.

En droit, l'authenticité d'un acte sous signature privée ou acte sous seing privé, est justifiée lorsque cet acte juridique est rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers à condition que ce dernier n'agisse pas en tant qu'officier public, par exemple un avocat qui rédige un contrat. L'acte sous seing privé n'est soumis à aucun formalisme sauf la signature qui demande la présence des parties signataires et des avocats de chaque partie. Autrement, cet acte est soumis à quelques règles de formalités pour garantir une meilleure sécurité juridique et pour faciliter la preuve. C'est pourquoi les avocats doivent informer les parties de la valeur de cet acte et de toutes les conséquences juridiques qui s'en suivent. Il a une valeur juridique qui constate l'existence, c'est-à-dire, qu'il apporte la preuve d'un acte juridique, soit unilatéral comme un testament soit bilatéral comme une convention. L'article 1374 du Code Civil précise que : « *L'acte sous signature privée contresigné par les avocats de chacune des parties ou par l'avocat de toutes les parties fait foi de l'écriture et de la signature des parties, tant à leur égard qu'à celui de leurs héritiers ou ayants cause. La procédure de faux prévue par le code de procédure civile lui est applicable.*

Cet acte est dispensé de toute mention manuscrite exigée par la loi. »⁸⁵¹

Dans cette démarche d'authenticité existe encore l'acte notarié, un acte juridique solennel établi et signé par un notaire à la demande de son client, à l'exemple d'un

⁸⁵⁰ Philippe SCIALOM, « *Jouer, comme au théâtre* », www.guide-psycho.com

⁸⁵¹ Code civil français, *op.cit.*

testament. Il est authentique lorsque toutes les formes requises par la loi sont respectées. Il est donc important de préciser que l'acte notarié est établi en un seul exemplaire original appelé la « minute » et il est conservé par le notaire lui-même. Toutefois, le notaire est dans l'obligation de donner une copie authentique de l'acte à son client. Pour que l'acte soit authentique, sa date doit être certaine, son contenu doit avoir la force probante et enfin il doit avoir la force exécutoire. Son efficacité permet d'assurer la protection des intérêts économiques du client, sa transparence facilite l'information de l'Etat et son formalisme protège la liberté individuelle.

Le jeu ou le théâtre et la psychanalyse ont fait l'objet d'études⁸⁵² par Philippe Scialom en posant encore une fois la question de l'authenticité. Ce dernier affirme clairement que l'authenticité⁸⁵³ d'un acte n'existe que chez l'Autre. Cet individu est second par rapport à l'acte qui fait l'objet d'authentification. Ce n'est donc pas la qualité intrinsèque ou inhérente qui le rend authentique, mais son identification sur un autre espace par le biais d'une action symbolique, rattachée à la loi. Comme toujours, le lien entre l'authenticité et l'altérité se pose au théâtre, car dans cet espace, il y a à la fois la pratique littéraire et celle de la représentation. En principe, chaque dramaturge cherche la vérité d'une situation ou d'un problème, d'une question posée ou d'un personnage, à travers une expérimentation scénique. Mais ce n'est pas à travers l'incarnation du comédien, sous la direction du metteur en scène et avec les contraintes de la mise en scène, que cette problématique sera entendue. Dans le monde théâtral, c'est le spectateur, c'est-à-dire l'Autre⁸⁵⁴, qui va au final authentifier l'écriture, le jeu, et la mise en scène du travail. Cette démarche d'authentification de l'acte théâtral ne se limite pas en termes de nombres de représentations ou des spectateurs, mais cela va jusqu'à s'interroger sur l'existence même du théâtre, son pouvoir d'écoute, sa divulgation, mais aussi sur sa singularité ainsi que sur le travail d'acteur, sur l'articulation de la voix, sur le jeu et le sens du texte et des gestes. Ce travail va donc s'effectuer sur la scène et dans la salle afin que le public évalue ce qui s'est effectivement joué dans cette expérimentation. La meilleure question restera celle de l'efficacité symbolique des différentes pratiques théâtrales tant dans son rôle de guérison que dans son rituel. Comment agit le théâtre au sein des établissements de santé ? Dans quel procédé les différentes formes de théâtre sont-elles essentielles pour inscrire l'altérité dans la démarche de soins ?

Le travail théâtral s'impose comme une grande machine qui mobilise des metteurs en scène, des acteurs, des équipes de logistique, des dramaturges, des régisseurs et des publics afin qu'ils soient ensemble dans un même imaginaire. Le théâtre utilise sa manière de prendre, de surprendre et de saisir la psyché de l'homme avec une si grande célérité que parfois il n'est pas capable de se retirer du théâtre ou de se contrôler.

Faire du théâtre à l'hôpital comme dans les grandes salles de spectacles conduira cette recherche à étudier en profondeur en Titre I, (Acte I) « *Du théâtre à l'hôpital psychiatrique et en ergothérapie* » ; avant d'analyser très largement en Titre II, (Acte II) « *Le théâtre comme projet de socialisation du patient* ».

⁸⁵² Philippe SCIALOM, « *Jouer, comme au théâtre* », *op. cit.*

⁸⁵³ *Ibid.*

⁸⁵⁴ *Ibid.*

TITRE I / (ACTE I) -

DU THÉÂTRE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE ET EN ERGOTHÉRAPIE

Il est très sensible et même très risqué de parler du théâtre et de la psychologie dans une recherche en droit, plus particulièrement de la santé médicale et médico-sociale, mais c'est justement sur cette particularité que le travail va se centrer et s'orienter plus profondément pour mieux cerner ce sujet. Le fait de mêler le droit à l'histoire du théâtre et singulièrement à celui qui s'exerce à l'hôpital, oblige à un travail très critique, mais il faut oser lancer le débat pour mieux trouver une solution très proche de la vérité ou vraisemblable. Le problème est loin d'être résolu et devient encore plus difficile lorsqu'il s'agit du théâtre dans les établissements psychiatriques. Le droit est présent dans l'arsenal du théâtre, de la santé et de la psychologie. Le seul moyen ou l'une des possibilités de l'identifier est de travailler et d'analyser de près l'exercice effectué par l'ergothérapeute dans les établissements de soins. Ce dernier s'intéresse aux enfants, aux adultes et même aux personnes âgées, notamment dans le cadre de la rhumatologie, de la psychiatrie, de la neurologie et même dans celui de la rééducation fonctionnelle du patient. Ce service a connu un essor non négligeable à partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale lorsque les blessés de guerre ont nécessité le soutien d'un service adapté, non seulement à leurs vies, mais aussi à leurs conditions de santé.

Le droit de la liberté d'expression⁸⁵⁵ est concerné par cette étude puisque la représentation ou l'expérimentation dramatique ne stimule pas seulement les émotions corporelles et esthétiques, mais elle réveille l'imagination et elle mobilise des sentiments et certains souvenirs du patient, sujet d'étude. Le regard du spectateur le libère de certaines passions, expressions ou émotions que lui-même n'est pas en mesure de faire sortir de son corps. Cela n'empêche pas de dire qu'au final, le théâtre devient petit à petit un travail très technique créé à partir des textes de dramaturges et mis en scène par des comédiens. Mais dans ce savoir-faire, il manquait de spontanéité, ce qui faisait que la plupart des hommes du théâtre disaient que le corps et ses différents gestes étaient seulement des stéréotypes, des banalités au service des écrits des dramaturges. Au début, le public avait une participation très passive du point de vue des sentiments corporels ou des émotions en général. À partir du XX^e siècle, le théâtre devient un outil méthodique au service de la science psychiatrique, appelée méthode de psychothérapie, sous l'égide de certains comédiens comme Stanilavski et Louis Jouvet qui l'utilisent comme méthode de psychodrame. D'autres, comme Moreno ou d'autres psychanalystes, le considèrent comme un élément indispensable à l'exercice expérimental du psychodrame analytique. Ils jugent vraiment que les apports du théâtre à l'évolution de la personne ne se limitent pas au spectateur-voyeur, mais que la catharsis s'applique aussi à celui qui joue le jeu de rôle. Ce psychodrame, à travers la catharsis, est un moyen psychothérapeutique, mais sans avoir recours à certaines postures médicales comme la position allongée ou à des méthodes de recherche comme celles qui s'intéressent au passé du sujet ou qui cherchent à interpréter ses rêves. S'agissant des rêves, certains utilisent le jeu de

⁸⁵⁵ Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948, article 19 dispose : « *Tout individu a droit à la liberté d'opinion et d'expression, ce qui implique le droit de ne pas être inquiété pour ses opinions et celui de chercher, de recevoir et de répandre, sans considérations de frontières, les informations et les idées par quelque moyen d'expression que ce soit* », Ministère de la justice, le 1^{er} août 2001, consulté sur le site le 26 août 2020. La Commission nationale consultative des droits de l'homme, institution française de protection et de promotion des droits de l'homme précise que : « *La liberté d'expression est aussi définie et protégée par l'article 10 de la Convention européenne des droits de l'homme, elle constitue l'un des fondements essentiels d'une société démocratique.* », site CNCDH, consulté le 26 août 2020.

rôle comme une interprétation des rêves et ils introduisent donc dans le psychodrame un esprit psychanalytique. Il serait absurde de ne pas préciser que certaines personnes ont trouvé les atouts du psychodrame dans un travail de groupe ou en individuel, tant dans l'exercice d'improvisation qui demande une certaine spontanéité, que dans celui qui implique une dynamique en groupe. La philosophie des acteurs du théâtre à l'hôpital part de l'idée que l'individu est coincé et emprisonné dans son rôle social issu de la pression du milieu dans lequel il passe sa vie quotidienne. C'est à travers la création, l'invention et le courage que l'art dramatique arrive à changer les comportements, les conduites sociales de la personne qui pratique cet art, tout comme ceux des comédiens eux-mêmes. Ce procédé appartenant au théâtre est utilisé en qualité d'intervention thérapeutique à l'échelle du jeu de rôle dans le psychodrame. Il s'est petit à petit développé de façon thérapeutique selon divers procédés théâtraux étudiant l'activité du corps humain comme le mime, l'occupation de la scène, les marionnettes, l'improvisation et l'imagination ou d'autres techniques de gestion de l'espace intermédiaire et de création et/ou de rêves.

L'exercice de dramathérapie est utilisé dans le but de soutenir les patients dans leurs démarches de soins et de les aider à prendre, au jour le jour, du recul par rapport à leur situation de santé, c'est-à-dire à leur maladie et surtout à mieux comprendre les conséquences de leur maladie, à mieux appréhender leurs réactions face à l'inédit de leurs souffrances et enfin à leur donner confiance en eux et en leur guérison. Cette étude met au même niveau d'analyse la psychologie et la psychothérapie, mais y ajoute aussi l'étude anthropologique.

Le psychodrame est en général utilisé dans des conditions particulières, mais aussi diverses selon le sujet examiné, le but recherché et les objectifs à atteindre ainsi que la méthode ou la théorie envisagées. En France, le psychodrame d'enfant et celui de l'adolescent ont été bien développés. Dans la plupart des hôpitaux, l'enfant est mis en exercice, il lui est attribué un rôle qui lui correspond dans une mise en scène que l'artiste thérapeute lui indique. Il peut être seul ou en groupe, sans ou avec l'accompagnement du thérapeute, des adultes qui vont l'aider et contribuer au travail du psychodrame. Il peut aussi avoir le soutien des membres de sa famille. D'autres établissements appliquent des exercices théâtraux à base de création théâtrale d'une part, et, d'autre part, des ateliers d'animations avec des adultes psychotiques. Le mélange des adultes handicapés mentaux et des enfants au sein des mêmes cercles de travaux témoigne très sensiblement des effets du rôle thérapeutique du théâtral à l'hôpital. C'est dans cette situation que le patient arrive à se restaurer petit à petit grâce aux multiples travaux sur le plan émotionnel, c'est-à-dire sur les sentiments réels du vécu de son personnage et sur les émotions du comédien ressenties par identification. Ce genre d'exercice se retrouve avec force dans plusieurs expérimentations de la spécialiste de la psychologie clinique Patricia Attigui qui précise que le fait d'avoir recours à la fiction peut aider le patient à intégrer très rapidement le champ symbolique. La fiction révisée et réétudiée dans l'espace dramatique permet au sujet de revivre son histoire et de reprendre ses sens. Ici, le rééducateur peut obtenir ou envisager de réels changements avec les enfants qui n'ont plus le désir de jouer, d'apprendre et qui ont perdu toute motivation de développement, d'épanouissement et de croissance. C'est dans le travail de fiction et de créativité ou sur le symbolique que s'explique le changement, le remaniement du patient et le point commun entre acteur et spectateur-voyeur.

Au cours de la recherche, un constat peut être fait sur la pratique de l'art théâtral dans les établissements de soins. Dans ces institutions, les artistes et les ergothérapeutes utilisent de façon différente l'art théâtral comme un outil thérapeutique en psychiatrie. La question était de chercher à savoir comment le théâtre pratiqué par l'ergothérapeute constitue une forme de thérapie et sur quelles formations il se base. Il a fallu donc observer plusieurs expérimentations afin de mieux étudier l'utilisation du théâtre thérapeutique en qualité d'ergothérapie et en sciences artistiques et surtout comprendre réellement les effets thérapeutiques du théâtre. La seule chose à retenir est que les ergothérapeutes ne sont pas les seuls à pratiquer l'art de Molière de façon thérapeutique dans les établissements psychiatriques. De ce fait, il est encore possible de se poser plusieurs questions telles que : La pratique du théâtre fait-elle partie des compétences attribuées à l'ergothérapeute ? Est-ce que cela rentre dans le cadre philosophique, culturel et éducatif de leur métier ? Quels sont les apports thérapeutiques ? Cela ne constitue-t-il pas un travail de plus pour l'artiste thérapeute ? Ou ne sont-ils pas dans l'obligation de travailler ensemble et de partager leurs connaissances ? Si ceci est possible, n'y aurait-il pas d'ambiguïté professionnelle entre ces deux professionnels ? La problématique reste de savoir clairement en quoi le travail de l'artiste ou de l'art-thérapeute ou celui du rééducateur, du médiateur ou de l'ergothérapeute se différencie dans la pratique en utilisant tous le même moyen qui est le théâtre ?

C'est donc à travers ces questions que la recherche va se centrer et démontrer comment ils se préparent jusqu'à la réalisation et à partir de quelles techniques ou de quelles théories les exercices se réalisent. Il est indispensable d'approfondir les différents concepts précités afin de bien comprendre le « *Programme Culture à l'Hôpital.* »⁸⁵⁶

Ce travail aura comme plan de recherche : « *L'art théâtral pour les patients atteints d'un problème psychologique* » en Chapitre I (Scène I), et « *La pratique du théâtre chez le professionnel ergothérapeute* » en Chapitre II (Scène II).

⁸⁵⁶ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

CHAPITRE I / SCÈNE I – L'ART THÉÂTRAL POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'UN PROBLÈME PSYCHOLOGIQUE

L'art-thérapie est ici définie comme l'ensemble des méthodes, des moyens ou des procédés utilisés dans l'atelier théâtre comme une psychothérapie à usage artistique. Cette définition rejoint celle qui a été donnée par le psychiatre Jean-Pierre Klein dans son ouvrage intitulé *L'Art-thérapie*⁸⁵⁷ : « On pourrait définir l'art-thérapie comme une psychothérapie à usage artistique. »⁸⁵⁸ La lourdeur de la tâche commence par l'expression « *art-thérapie* », puisqu'elle est polysémique, qu'elle renvoie à des significations très variées et qu'elle touche plusieurs domaines différents. Elle utilise plusieurs méthodes et théories dont souvent les approches sont contradictoires et se démarquent dans leurs finalités très ambiguës. Ce qui fait qu'elle se compose de plusieurs courants qui se réfèrent à différentes méthodes et approches. Ainsi, il est indispensable d'étudier dans cette partie la relation qui lie l'art et la thérapie, mais aussi de repérer les enjeux éventuels de cette relation. L'objet visé ici est l'usage de l'art à des fins thérapeutiques qui tendent vers la guérison du patient. Il y a donc dans la démarche thérapeutique des méthodes de techniques cliniques, des pratiques artistiques, mais aussi des méthodes d'accompagnement social qui contribuent davantage à la relation d'aide et à l'exercice thérapeutique artistique.

Au service de soins psychiatriques, les patients atteints ou souffrant de troubles psychiques ont des traitements différents qui varient selon les styles d'inspirations proposés par le praticien, et aussi selon le contexte d'intervention. Le travail adapté au processus de soins en ergothérapie est constitué de plusieurs branches en partant de la psychiatrie en soins aigus jusqu'à la santé mentale sociale ou dite communautaire. La ou les valeurs escomptées sont les conséquences et l'illustration des principaux termes mis en pratique par chaque professionnel ou par des situations cliniques variées. Les avancées de la plupart des études et des analyses se font sur l'intégration sensorielle chez les patients schizophrènes dont les éléments principaux sont la thérapie cognitive et comportementale mise en évidence en ergothérapie. Il y a aussi dans les mêmes principes, le modèle de l'occupation humaine ajusté à la science de la psychiatrie. L'étude chez ces patients souffrant de troubles psychologiques a comme analyse interpersonnelle en ergothérapie une ou des approches systématiques telles que : ergothérapie et thérapie cadrées sur les solutions d'un côté, et, d'un autre, côté biopsychosocial en ergothérapie appliquée à des patients d'âge avancé ou en ambulatoire.

Cette recherche intéresse aussi les institutions médicosociales qui pratiquent le théâtre en atelier de soins. L'usage de cet outil artistique, dans toutes ses formes, a des objectifs étroitement liés à la stimulation des émotions, des tensions corporelles et de la catharsis. Ces aspects constituent un ensemble de soulagements que l'art-thérapie procure au corps mental et au corps physique pendant et après l'exercice. Avant que le travail ait commencé, le comédien en charge de l'art-thérapie fixe ses objectifs en mettant au premier plan l'accompagnement et l'aide à la personne. Mais pendant le déroulement de l'activité, d'autres principes ou objectifs vont s'ajouter sous forme d'une rééducation préalable ou d'une thérapie médicale pour qu'enfin l'outil devienne un moyen thérapeutique. Ici, l'exercice théâtral reste toujours dans

⁸⁵⁷ Jean-Pierre KLEIN, « *L'Art-thérapie* », PUF., Paris, 1997, coll., Que sais-je ?.

⁸⁵⁸ *Ibid.*, p. 3.

son rituel, en mettant régulièrement la voix, le corps mental et le corps physique dans le jeu de rôle pour assurer un développement personnel, une confiance en soi et pour favoriser la relation de l'individu au groupe, pour maximiser la concentration et pour défier l'anxiété de chaque minute. Le travail s'élargit et se développe en s'appuyant sur des méthodes qui aident le public et qui poussent les participants à intervenir. Mais la confusion tient dans la finalité des assises, puisque la valeur escomptée par l'ergothérapeute n'est pas celle escomptée par l'artiste ou par l'éducateur. L'implication des participants dans l'exercice paraît importante pour bien réfléchir sur la diversité des méthodes, sur les milieux sociaux, mais surtout pour l'ensemble des objectifs à atteindre et les moyens à utiliser pour y parvenir. Il n'est pas facile bien sûr d'appréhender une démarche qui mêle plusieurs couches sociales et des états de santé différents. C'est la raison pour laquelle il était impératif de mener une interrogation sur des questions diverses comme l'adaptation des exercices en atelier théâtre avec un public cible et/ou comme chercher à savoir comment ce travail de socialisation peut se faire au sein de l'institution de soins avec un théâtre thérapeutique. Pour ce faire, il est indispensable de penser à la pédagogie du théâtre, de la sociologie, de la psychologie et/ou de l'histoire de la personne mise en étude dans l'atelier.

Le professionnel artistique exerçant seul ou en partenariat avec un ergothérapeute prévoit une démarche éducative dans une activité artistique pour répondre aux besoins des personnes en difficultés mentales. Selon les enquêtes menées et le nombre d'ateliers observés, il a paru logique de prévoir deux axes comme plan de travail – « *Le théâtre : projet thérapeutique* » en Section I et en Section II, « *L'atelier de création artistique à l'hôpital psychiatrique* ».

SECTION I - LE THÉÂTRE : PROJET THÉRAPEUTIQUE

Pourquoi le théâtre peut-il être considéré aujourd'hui comme un projet thérapeutique au sein des hôpitaux ? Quelle est sa force probante ?

Il serait inutile d'aller chercher la réponse un peu plus loin. Tout d'abord, il faut comprendre que le théâtre est une branche de la grande culture. Cette dernière s'impose sur tout domaine afin que chaque individu reçoive une satisfaction culturelle dans son milieu de vie ou dans l'espace qu'il fréquente. Il s'agit donc du droit culturel. Sa place est dans la renaissance des droits et des devoirs du système de protection des droits de l'Homme qui devient un sujet intéressant le monde entier et surtout au regard de la confrontation des différentes cultures connues actuellement à travers le monde. Ces droits culturels sont indispensables et indiscutables dans le système des droits de l'Homme au même niveau que les autres droits de l'Homme, même s'ils ont été longuement négligés et parfois moins considérés que d'autres équivalents.

La culture trouve effectivement sa force probante dans la *Déclaration de Fribourg, des droits culturels*, qui définit très clairement en son article 2 que : « *Aux fins de la présente déclaration,*

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 ;

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. »⁸⁵⁹

Le fait de lier ou de rattacher ce droit à la vie et au développement humain signifie que ce droit s'exerce dans l'ensemble des éléments constitutifs de la vie quotidienne de l'individu tant dans son épanouissement que dans sa santé, mais aussi dans son économie, que ce soit en groupe ou dans son individualité. Faire du théâtre, ou de la culture d'une manière générale, un projet thérapeutique, c'est reconnaître un droit fondamental de l'Homme, un droit essentiel, intangible et inviolable, mais aussi complémentaire. Ce droit est inhérent à tout individu et actuellement il est reconnu par les instances internationales en charge de la protection des droits de l'Homme. C'est donc à travers ces bases et cette définition que le droit culturel devient indissociable et a comme but la préservation de l'intégrité physique et la protection de la dignité de l'Homme. Ces deux axes sont complémentaires et indissociables ou interdépendants.

Toutefois, les mutations qui touchent le monde entier, notamment à la recherche de l'identité personnelle ou collective, influencent la science médicale et médicosociale pour mieux s'assurer de la satisfaction qu'elle procure à ses patients ou à toute personne sollicitant la reconnaissance de ses droits. Les hôpitaux psychiatriques reconnaissent ce droit à leurs patients, quel que soit leur état de santé, sans discrimination. C'est la raison pour laquelle le Centre Hospitalier Spécialisé de Rennes ne fait pas de l'économie un obstacle pour éviter de mettre en place un projet thérapeutique fondé sur des activités culturelles pour leurs patients. Il consacre du temps de travail et du personnel avec une organisation dédiée, afin que la mise en œuvre effective du projet artistique soit réussie. Néanmoins, l'activité reste tributaire du volontariat et touche la sensibilité de ceux qui y croient et qui s'y consacrent.

Ce centre a connu plusieurs changements avant et après le XIX^e siècle, mais l'organisation de la vie professionnelle au sein de ce secteur marque dans les années quatre-vingt un intérêt particulier pour les activités culturelles ou artistiques. Celles-ci vont par la suite s'institutionnaliser par le biais de la création d'une association culturelle dont le but est la mise en pratique de la philosophie de la psychothérapie institutionnelle dans le domaine des soins psychiatriques. Le relais est pris par l'association pour assurer le bon déroulement de l'activité.

Le Centre a connu un fonctionnement instable, comme il a été bien expliqué par Sophie Le Coq qui s'intéresse aussi à ce sujet et qui précise que : « *Le Centre Hospitalier Spécialisé de Rennes présente une histoire longue de près de deux siècles. Au début du 18^e siècle, il s'agit d'un hospice qui interne les aliénés. La seconde moitié de ce siècle verra changer sa fonction sociale puisqu'il devient un établissement pénitentiaire politique. Au milieu du 19^e siècle, le Département rachète l'établissement, lequel renoue avec sa vocation première, mais sous l'appellation d'asile départemental. En 1938, en France, les asiles sont*

⁸⁵⁹ Déclaration de Fribourg, « les droits culturels », op. cit., article 2.

renommés hôpitaux psychiatriques. Aujourd'hui, la dénomination officielle est celle de Centre Hospitalier Spécialisé, suite à la loi sur la réforme hospitalière du 31 décembre 1970.

Le CHS de Rennes est un établissement public de santé dont les missions sont celles d'assurer la prévention, la prise en charge précoce et le traitement des malades mentaux. L'établissement propose aussi un suivi ultérieur des patients et leur réinsertion avec le soutien de l'ensemble des acteurs de santé. »⁸⁶⁰ Toutes les questions concernant l'organisation, la logistique ou d'autres en rapport avec le management constituent des principes éloignés des bases de la thérapie psychologique ou psychothérapeutique. De ce fait, il serait indispensable, pour plus d'informations sur ce sujet, de consulter l'ouvrage de Marcel Sassolas⁸⁶¹ ou celui d'Erving Goffman⁸⁶². Pour mieux fonctionner, le Centre se conforme aux normes mises en place par la Circulaire⁸⁶³ du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, mais aussi celle du 16 mars 1972⁸⁶⁴. Ce Centre est divisé en plusieurs branches, secteurs et zones. Le secteur hospitalier de la psychiatrie assistée dépend généralement d'une équipe pluridisciplinaire. Le dispositif de soins est composé par des équipes intra et extra-hospitalières qui se composent d'unités d'hospitalisation à temps plein, de Centres d'Accueil Thérapeutique d'interventions à temps partiel et aussi de Centres médicopsychologiques.

Les artistes sont intéressés par ces circulaires et participent largement au projet avec des psychothérapeutes dans le but de répondre aux obligations mises en place. « *Au cours des dernières années, les données du problème de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont, dans notre pays, été sensiblement modifiées. En effet, des thérapeutiques et des méthodes nouvelles ont été mises au point, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation. Des efforts importants ont été entrepris pour améliorer les conditions de vie et de soins des malades hospitalisés, notamment grâce à l'ouverture de services libres, à l'augmentation des effectifs du personnel médical, paramédical et soignant, à l'organisation de la formation professionnelle des élèves infirmiers et infirmières.* »⁸⁶⁵ Ces acteurs visent ensemble à créer un système d'organisation de soins et de prise en charge psychiatrique facilitant l'intervention de chaque service à tous les stades de la maladie, tels que le dépistage, l'hospitalisation, la réalisation de soins et la réinsertion sociale. « *Cette nouvelle organisation tardera à se mettre en œuvre du fait d'une insuffisance de réglementations juridiques. Il faudra, en effet, attendre 1985 pour qu'un ensemble de lois viennent pallier ce déficit, dont celle du 25 juillet qui dote le secteur psychiatrique d'un statut juridique en le définissant dans son action intra et extra-hospitalière, et celle du 31 décembre qui intègre la psychiatrie au cadre général de la carte sanitaire en France.* »⁸⁶⁶

La philosophie de la prise en charge est soumise à différents concepts progressifs de la pratique psychiatrique. Il est encore évident de constater que des mouvements critiques à dimension politique ne manquent pas, les idées avancées sont contre un modèle de structure et

⁸⁶⁰ Sophie LE COQ, « Art et culture à l'hôpital psychiatrique : à la recherche de la personne du patient », MDC Sociologie / UEB-Rennes 2, CIAPHS (EA 2241), p. 7.

⁸⁶¹ Marcel SASSOLAS (dir), *Malaise dans la psychiatrie. Changements dans la clinique, malentendus dans les pratiques*, Paris, Erès, 2004.

⁸⁶² Erving GOFFMAN, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, éd. de Minuit, 1968.

⁸⁶³ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, <http://www.chameaupsy.com/articles-originaux/18-jf-2011b>

⁸⁶⁴ Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales et déficiences mentales des enfants et des adultes, *Journal Officiel de la République Française*, 21 avril 1972, p. 4209.

⁸⁶⁵ Circulaire du 15 mars 1960, *op. cit.*

⁸⁶⁶ Sophie LE COQ, « Art et culture à l'hôpital psychiatrique : à la recherche de la personne du patient », *op. cit.*, p. 8.

d'organisation sociale du traitement du patient souffrant d'une maladie mentale en asile. C'est pourquoi plusieurs courants de la psychothérapie voient le jour. Le courant le plus présent en France est issu de travaux et d'expérimentations du psychiatre catalan François Tosquelles connu comme l'un des spécialistes de la psychothérapie institutionnelle, mouvement qui a influencé la psychiatrie et la pédagogie au sein de Saint-Alba-sur-Limagnole à la Borde depuis la seconde partie du XX^e siècle. Il a encore travaillé sur les rapports entre soignants et soignés. Ce mouvement a eu une certaine efficacité : *« Le premier cercle de diffusion de ce courant, largement influencé par la psychanalyse, se constitue autour de Jean Oury et Félix Guattari œuvrant à la clinique de La Borde à Cour-Cheverny dès 1953. Ce mouvement antipsychiatrique connaît un rayonnement outre Hexagone, notamment en Italie, au début des années soixante, sous l'impulsion du psychiatre Franco Basaglia. Mais ce dernier se démarque très vite tant du courant institutionnel que psychanalytique, en prônant une rupture radicale avec l'institution psychiatrique. Ce rejet repose, entre autres, sur ce que décrit Erving Goffman dans Asiles, c'est-à-dire une dépersonnalisation du "reclus", autour de techniques de mortification de la personnalité le rabattant, dans son rapport avec le personnel encadrant, au statut d'objet, ne pouvant dès lors se définir comme relation professionnelle de service : "Dans ce contexte, il faut sans doute souligner d'abord que le travail du personnel, et par là son univers, n'ont d'autre objet que la personne humaine. Ce "travail sur l'homme" n'entre ni dans le cadre du "travail sur le personnel" ni dans celui des relations de service. La tâche du personnel d'encadrement n'est pas d'effectuer un service, mais de travailler sur des objets, des produits, à cela près que ces objets, ces produits, sont des hommes." »*⁸⁶⁷ La philosophie de ce mouvement conceptualise le courant de la psychothérapie institutionnelle dans la relation du patient mis en étude et du rapport avec le soignant. C'est justement ce type d'angle de travail que les artistes adoptent pour mieux mener leurs expérimentations. Ils font passer le patient d'un statut « d'objet » à celui de « sujet » tout en restant dans le sens psychanalytique du terme. Ils développent aussi dans ce même angle une assise sociale dans une autre définition de la maladie mentale, en ne la considérant pas uniquement fondée sur une perspective médicale. Le théâtre d'aujourd'hui considère le patient dans son projet thérapeutique comme acteur, ce qui permet d'étudier les causes de sa maladie psychique. Pour mieux la comprendre, il faut aller chercher plus profondément dans son milieu social qui peut parfois apparaître comme un facteur pathogène le détournant de la construction de sa propre personnalité – sa vie. L'art théâtral met dans son projet trois univers constitutifs de la maladie comme facteurs de la psychothérapie : l'environnement et les différentes conditions sociales d'existence de la personne ainsi que l'organisation de son quotidien hospitalier. Ils questionnent le statut du patient, son activité, sa famille et son entourage afin de prendre en considération chaque avis donné et créer ainsi les moyens d'une prise en charge, avec comme objectif sa réintégration sociale.

Prenons un exemple d'expérimentation théâtrale dont le moyen privilégié est le cercle d'échange et de soutien avec tous les éléments psychothérapeutiques. Au milieu de la scène, un cercle est formé avec des patients dont le centre est occupé par un autre patient qui a la charge d'organiser lui-même le groupe. Dans ce cadre de travail, il y a des principes à respecter : donner la parole à tout un chacun, respecter l'opinion de l'autre, éviter de mettre

⁸⁶⁷ *Ibid.*, p. 9

une relation hiérarchique, installer un mode démocratique au sein du groupe, prévoir une situation concrète à gérer et être en mesure de trouver une solution. Le maître du jeu reste en observation et s'assure que les patients sont en situation de formation et de partage dans le groupe pour qu'à la fin, il puisse donner ses observations.

En restant dans l'esprit des multiples interventions, plusieurs intervenants de différentes sciences participent soit sous la forme d'associations ou de compagnies artistiques, soit ce sont des ergothérapeutes ou des psychothérapeutes comme des rééducateurs ou des médiateurs. Il faut aussi signaler que tous ces intervenants ont des statuts juridiques distincts, mais ils proposent néanmoins aux personnels soignants et aux malades ainsi qu'à leurs familles de participer à des projets artistiques et théâtraux et d'être des membres actifs du processus thérapeutique des patients.

Il a fallu donc attendre la fin des années quatre-vingt-dix pour mettre en place une Convention nationale appelée « *Programme Culture à l'Hôpital* »⁸⁶⁸ dans le but de structurer l'arrivée de la culture dans les établissements de santé. Elle sera suivie par d'autres, comme celle du 2010⁸⁶⁹. Le théâtre se démarque par une conception positive de la culture, que ce soit le savoir-faire français de Molière ou anglais de Shakespeare ou celui de Sophocle dans la tragédie grecque, de façon restrictive et esthétique. « *La culture est une spécificité humaine, elle n'est pas seulement ce qui renvoie aux connaissances qu'il faudrait avoir, elle ne désigne pas la voie à suivre de l'ignorance vers le savoir à atteindre, ni la différence à intégrer entre ce qui serait le beau ou le bien opposés au banal, au moche ou au mal. Elle est notre bain ! Quotidien, notre histoire, du registre de l'être (...). Elle s'appuie sur (et est marquée) par l'héritage du passé, le patrimoine local et général, qui lui non plus ne se résume pas à l'avoir ou aux choses matérielles (on hérite aussi d'une manière de dire, de penser, d'un accent, d'un style...). La culture n'est pas seulement quelque chose d'extérieur qu'il faudrait ingurgiter, consommer, elle est surtout intérieure et peut être, de ce fait, un support sur lequel s'appuyer pour développer des potentialités.* »⁸⁷⁰

Les spécialistes exerçant à l'hôpital distinguent les pratiques actives qui peuvent se prévaloir thérapeutiques à travers l'art dramatique. Il y a l'art-thérapie, l'ergothérapie et l'atelier thérapeutique dont la plupart sont pris en charge financièrement par l'Agence Régionale de Santé, surtout celles qui se justifient par la mobilisation d'un temps de travail, de rencontre et d'échange avec les artistes. Ici s'impose la présence d'un artiste expert, habilité à produire des activités créatives et capable de mettre une frontière entre ce qui relève de l'art et ce qui n'en est pas. Lorsqu'il s'agit de la création, il a le monopole de la gestion de l'exercice de la créativité. Il gère toute la démarche parce qu'il est le seul à pouvoir comprendre que tout délire du patient peut être considéré d'une part, comme créatif et, d'autre part, comme élément de création dans la démarche de créativité. Cette dernière n'est pas non plus une spécialité exclusive donnée à l'artiste, même s'il en fait profession. L'important ici

⁸⁶⁸ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

⁸⁶⁹ En 2010, la DRAC, représentée par le ministère de la Culture et de la Communication a signé des conventions pluriannuelles avec sept partenaires, des associations nationales de solidarité : le Secours populaire, le Secours catholique, ATD Quart-Monde, Emmaüs France, la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), La Cimade et la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat-Gens du voyage) pour favoriser l'accès à l'art et à la culture en direction des populations en difficulté.

⁸⁷⁰ Commission culturelle du CHS Rennes, « *Écrits et mises en formes... Place et intérêt de différentes formes d'écrits dans la relation à autrui* ». Les Actes de la journée d'étude et de rencontres, mardi 13 novembre 2007, Centre de formation, Rennes. p. 6.

est l'intérêt recherché dans l'exercice, pour motiver l'émotion du patient et faire ressortir une potentialité humaine porteuse de création et d'expression.

« Néanmoins, si le délire est créatif et création, il empêche la rencontre, ici entendue non comme une simple mise en présence, mais comme un changement, une modification, une altération de soi, indicible, seulement observable par la façon d'entrer en relation. Or, les activités artistiques organisées par le CHS sont qualifiées de rencontres, c'est-à-dire d'occasions de changements, de part et d'autre, parce qu'elles provoquent des "irruptions", des réactions de surprise, d'étonnement. En ce sens, elles introduisent de la subversion. Cette conception de l'art rejoint ainsi les préoccupations psychanalytiques de la psychothérapie institutionnelle : "Je parle d'irruption (...) sur le modèle développé par ailleurs par ce que l'on dit du traumatisme. Une théorie du traumatisme explique que l'irruption traumatique, la catastrophe, sape les fondations sur lesquelles reposait la personne, l'irruption de l'art construit ou reconstruit... À certaines conditions."

Ces conditions se rapportent justement à la mise en œuvre effective des activités culturelles et artistiques, c'est-à-dire à la définition d'espaces, de temps, de participants, qui prennent en compte "la dimension sociale de la personne du patient" pour construire des "espaces de repos pour se poser de nouveau." Bien qu'en partie éloignées des conceptions plus habituelles de la culture et de l'art, celles présentées ci-dessus font écho auprès des opérateurs culturels et des artistes. La culture comme caractéristique spécifiquement humaine rejoint les valeurs humanistes de la culture défendues par les premiers ; bien que "dépossédés" de l'exclusive détention de la compétence de la création, à tout le moins de la créativité, les artistes se reconnaissent dans la dimension subversive de l'art. »⁸⁷¹

PARAGRAPHE 1 - LES DIFFÉRENTS COURANTS D'ART-THÉRAPIE

Cette partie est difficile à comprendre, surtout pour ceux qui ne sont pas du domaine. Étant chercheur en droit, l'analyse était très compliquée à cerner. Il y a trop de choses et parfois l'analyse reste bloquée et sans issue finale. Le travail compile deux champs lexicaux, celui de la psychologie et celui de l'art dramatique, mélangés dans une seule activité dite art-thérapie au sein des centres psychiatriques.

La relation entre la science juridique et la psychiatrie ne concerne pas uniquement à la qualification en santé mentale comme il a été étudié auparavant (v. p.117 à 121). Le psychiatre médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines, Philippe Rappard développait la relation entre ces deux sciences en disant que : *« Le principe de l'irresponsabilité pénale est un fantasme fondateur inanalysable, mais les symptômes que sont les lois liées à ce principe sont analysables et à élaborer en fonction du Droit. Droit, dont le rôle n'est pas d'entériner un état de fait (celui de la psychose) ou, pour parler comme Kelsen, celui de "l'être", mais d'organiser un "devoir d'être", celui de l'existence. Dans le contexte actuel, il ne serait pas sage de continuer à opposer punition et soin. Dans le cadre de la pénalisation ou de la dépenalisation, punir et guérir ne sont pas antinomiques, et la justice et*

⁸⁷¹ Sophie LE COQ, « Art et culture à l'hôpital psychiatrique : à la recherche de la personne du patient », op. cit., p. 11.

la psychiatrie sont condamnées à cohabiter pour des raisons, non pas de culpabilité ou de responsabilité, mais d'imputabilité. »⁸⁷²

Dans cette relation apparaît le psychiatre qui a un rôle important dans le rapport de la justice et de la psychiatrie concernant la punition et la guérison. Il est « *venu s'inscrire dans cette zone où la justice ne sait plus quel sens donner à la condamnation de quelqu'un. Car la peine a fini par ne plus conjurer un acte dommageable, mais bien à condamner l'auteur de l'acte. Le psychiatre, dans cette affaire, a été conduit à jouer un rôle auquel peut-être il ne s'attendait pas, à savoir celui de l'enfermement et de la protection paradoxale des libertés individuelles. »⁸⁷³*

En revanche, dans les différents courants d'art-thérapie apparaissent la psychanalyse, la psychothérapie et le théâtre thérapeutique. Quelles sont leurs différences ? Il est clair que la psychanalyse et la psychothérapie ont pour objectif de suivre le patient et de l'accompagner dans les moments difficiles et surtout lorsqu'il a des difficultés psychiques. En revanche, elles ne devraient pas être confondues, car elles recouvrent deux réalités différentes.

La psychanalyse peut être définie comme l'investigation psychologique qui a pour but d'élucider la signification inconsciente de certaines conduites. Elle permet au patient de mieux se connaître via l'introspection d'une part, et, d'autre part, via l'exploitation de l'inconscient. Son origine vient du spécialiste en neuropsychiatrie autrichien, fondateur de la psychanalyse, Sigmund Freud, à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle. Cette science prend en compte chaque détail constituant le souvenir et les rêves du patient avec l'association d'images et d'idées pour bien comprendre les émotions et se défaire des conflits intérieurs. Ces grands principes de recherches en thérapie de psychanalyse se constituent en trois grandes parties : l'inconscient, les rêves et les lapsus. Les deux premiers sont selon lui révélateurs de l'inconscient et des actes manqués et il juge que le dernier donne la possibilité de faire ressortir certains révélateurs qui sont enfouis dans l'inconscient. La psychanalyse est un travail à longue durée, de longue haleine. Sa pratique impose une méthode simple : faire allonger le patient sur un divan et le laisser raconter librement son histoire à son analyste et tout ce qu'il lui passe par la tête. L'analyste est toujours assis derrière le patient et il prend des notes. Son rôle est de le guider dans son introspection. En général, le patient pense que la solution vient du psychanalyste, pourtant toutes les réponses sont en lui. Cette science est donc une démarche qui s'inscrit dans le temps. C'est une thérapie analytique qui peut parfois durer de nombreuses années selon le patient en étude. Elle se différencie de la psychothérapie comportementale, car cette dernière constitue une thérapie souvent très brève, de faible durée. Deuxième point qui les distingue : la psychanalyse ne s'intéresse pas aux comportements du patient, mais elle étudie plutôt la profondeur du psychisme et de l'inconscient. Après Freud, la psychanalyse a connu de petites évolutions, telles que les courants de Jacques Lacan et Carl Jung. Ils ont marqué la psychanalyse par le fait que chacun a initié un courant de pensée qui se différencie sur des points légers. Ces courants gardent l'origine freudienne, mais ils apportent leur propre conception. Il y a donc le courant de la psychanalyse lacanienne, jungienne et clinique.

⁸⁷² Philippe RAPPARD, « *La fin du non-lieu psychiatrique et son incidence sur le but des institutions françaises médico-légales. (À propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental)* », *L'information psychiatrique*, vol. volume 85, n° 8, 2009, pp. 759-768.

⁸⁷³ *Ibid.*

Le courant de la psychanalyse lacanienne a développé quelques idées, mais trois éléments constituent la base du fondement :

- le statut du miroir : ici, il expérimente par exemple le moment où le bébé arrive à comprendre qu'il est un être humain à part entière lorsqu'il voit son reflet dans le miroir ou le moment où il se différencie d'avec les autres ;
- le concept de trois structures : le réel, le symbolique et l'imaginaire ;
- la place du langage dans l'exercice de la psychanalyse.

Le courant de la psychanalyse jungienne fondé en 1913 est plus ouvert à certains phénomènes religieux. Il a développé dans la démarche cinq points d'intervention et d'analyse :

- l'intervention de la psyché : il disait qu'attirer l'attention sur le fait d'avoir une âme était un bon début pour aborder l'aventure de la vie ;
- le concept psychologique ou archétype considéré comme des éléments fondamentaux du psychisme qui expliquent les religions, les symboles et les mythes ;
- une partie réservée au concept du développement de soi ;
- il tient compte aussi de l'apparition des idées qui montrent l'introversion et/ou l'extraversion ;
- le dernier point est le concept de l'inconscient collectif. Ce dernier est une telle nouveauté que les spécialistes n'arrivent toujours pas à en donner une définition ou une explication définitive. Ils sont donc restés dans l'inconscient individuel.

La psychanalyse clinique est un domaine qui appartient à la psychologie. L'article 23 du Code de déontologie des psychologues français affirme que : « *La pratique du psychologue ne se réduit pas aux méthodes et aux techniques employées. Elle est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique de ces techniques.* »⁸⁷⁴ Sa particularité est de prendre en compte le patient ou le sujet dans son intégralité. Il est étudié sous plusieurs axes :

- la psychologie cognitive ;
- la psychologie du travail ;
- la psychologie du développement ;
- la psychologie sociale.

Le travail et les effets de la psychanalyse se différencient de la psychologie ou de la psychothérapie comportementale puisqu'elles ont un modèle humaniste imposant au thérapeute d'instaurer une phase d'échange et de dialogue avec le patient et/ou tous les participants à l'atelier.

La psychothérapie peut être définie comme un ensemble de méthodes thérapeutiques à base des moyens psychologiques permettant de prendre en charge le patient pour traiter ses troubles psychiques ou somatiques. La psychothérapie d'Hippolyte Bernheim est fondée sur l'hypnose qui est l'origine de toute forme de pratiques qui visent à soigner le patient ou à l'aider par l'intermédiaire de l'esprit. Elle a aussi bien un impact physiologique – le corps –

⁸⁷⁴ Code de déontologie des psychologues, France, Actualisation du Code de déontologie des psychologues de mars 1996 et février 2012.

que psychologique – l'esprit. Le professeur en médecine spécialiste en neurologie, le Français Hippolyte Bernheim a, en 1891, baptisé cette approche comme une forme de psychothérapie. Il s'intéressait profondément à cette étude. C'est justement à cause de cette influence que Sigmund Freud a décidé de lui rendre visite en 1889. Dès lors, la psychothérapie devient un ensemble de méthodes thérapeutiques qui ont recours à l'inconscient ou au subconscient dans le but de soigner les troubles psychiques ou psychosomatiques. C'est un traitement thérapeutique uniquement par la suggestion hypnotique.

L'artiste thérapeute se trouve au milieu de toutes ces disciplines et il impose son savoir-faire tout en suivant les différentes réglementations des équipes intervenant dans la démarche thérapeutique. Certes, le psychanalyste et psychothérapeute utilisent des techniques artistiques, mais le comédien reste ici le seul maître du jeu de rôle. Il définit les techniques à mettre en place et s'assure que le patient en difficulté mentale a bien compris l'exercice avant de donner le départ. Comment le travail du comédien dans le service psychiatrique peut-il avoir l'aspect ou la forme de l'art-thérapie ?

A] LA THÉORIE DE L'ART-THÉRAPIE PSYCHANALYTIQUE ET SES DIFFÉRENTES FORMES

La plupart du temps, dans l'équipe artistique, le comédien travaille en étroite collaboration avec les psychothérapeutes ou les psychanalystes ou avec les deux en même temps. Ils participent et ils contribuent à chaque étape mise en place par l'artiste. Pour que l'art théâtral devienne véritablement utile dans la thérapie du patient, il doit garder son aspect interprétatif qui va tendre à l'amélioration de l'état de santé du patient. La théorie psychanalytique se réfère à la pratique artistique sous plusieurs angles pour susciter une créativité et le maître du jeu, à son tour, incite et initie des créations. Pour mieux comprendre la répartition des tâches et le lien entre l'art et la psychothérapie, il faut donc retourner aux notions du fondement même de la psychanalyse et de l'évolution de la médiation thérapeutique. Au début de l'histoire, quand Sigmund Freud mettait en place le fondement de la psychanalyse, il s'intéressait profondément à l'interaction de ces deux éléments : la création ou la pratique artistique et la notion de la thérapie introspective. Sa philosophie consistait à prendre en compte le processus de création sans s'intéresser à l'œuvre en elle-même. La valeur escomptée du Docteur Freud était l'effet, issu de la création artistique, sur la personne sujet d'étude et par ailleurs il analysait le lien entre l'inconscient et le plaisir esthétique obtenu. La théorie principale était de séparer l'expression, l'émotion et la création, de mettre d'un côté, le processus créateur et, de l'autre, les effets de la création sur la personne. Pourquoi tient-il à cette observation ? La raison était simple pour lui parce que le contenu du travail artistique ne l'intéressait pas puisqu'il n'en faisait pas le sujet de l'analyse, raison pour laquelle il ne proposait pas dans ses expérimentations une psychanalyse de l'art.

L'intérêt que porte l'art-thérapie à la création c'est d'avoir une intention créative dirigée vers une évolution artistique et qui ne tient pas compte d'une finalité interprétative – psychanalytique. « *Cependant, selon Jean-Pierre Klein, la distance instaurée par l'art comme médiateur thérapeutique entre le patient et la psychothérapie est annulée par la visée interprétative, ramenant le sujet à une thérapie classique. La controverse concernant les*

différents courants de l'art-thérapie s'enracine dans les fondements mêmes de son utilisation et de sa portée.

La recherche freudienne vis-à-vis du champ artistique concerne également le destinataire d'une œuvre et pas seulement son créateur. L'activité inconsciente d'un sujet peut en effet se transmettre par l'intermédiaire de la création. Ainsi, en s'intéressant à l'œuvre de Sophocle, Freud affirme que "le poète, en dévoilant la faute d'Œdipe, nous oblige à regarder en nous-mêmes et à y reconnaître ces impulsions qui, bien que réprimées, existent toujours." L'œuvre permet d'exprimer un désir inconscient refoulé (dans ce cas, ce que l'on appelle le complexe d'Œdipe) à la fois chez le créateur et chez le destinataire. La purgation des passions, réalisée par l'intermédiaire de la pitié et de la terreur représentée sur scène au théâtre, en d'autres termes la catharsis décrite par Aristote dans le chapitre quatorze de la Poétique, est associée par Freud au plaisir préconscient de la libération des pulsions et peut être étendu aux autres arts. De ce fait, le mouvement psychanalytique incluant les médiations thérapeutiques s'intéresse à la nature du transfert entre l'œuvre du patient et le soignant ainsi qu'à "l'effet produit sur le patient par sa propre réalisation" »⁸⁷⁵.

L'utilisation du jeu dramatique comme médiation artistique permet au patient d'exalter, d'extérioriser et de pousser les pulsions inconscientes dans l'exercice réalisé. C'est ce que les artistes appellent ou définissent comme médiation artistique. Elle permet au patient de transposer sa nervosité dans sa gestuelle, son mouvement créateur, jusqu'à la création finale dans le but de s'échapper de la douleur tant interne qu'externe. Cette méthode est très fréquente chez les acteurs. Ils utilisent l'art théâtral comme médiateur pour éluder ou s'échapper d'une nervosité ou de toutes formes d'expression de souffrances, de peurs, de stress, d'anxiétés ou d'angoisses. La création théâtrale, en groupe ou en individuel, prend la place du symptôme, mais la souffrance est toujours présente, même si le patient arrive à la contrôler et à la canaliser. Le théâtre est considéré comme un médiateur thérapeutique par plusieurs spécialistes, mais de façon différente. Dans sa recherche, Léa Andreolety a encore expliqué que : « *Le médiateur thérapeutique (l'œuvre d'art) peut être considéré comme un intermédiaire entre la réalité créée par toi-même et la réalité extérieure appelé "médium malléable" par Marion Milner, psychanalyste anglaise dans Les mains du dieu vivant. Ce qui croise la théorie winnicotienne de la relation entre psyché du sujet et la relation perceptive qui s'opère grâce à l'œuvre artistique comme objet transitionnel.* »⁸⁷⁶.

La pratique théâtrale en forme de psychothérapie est très compliquée chez l'enfant. Elle est aussi utilisée sous forme de médiations thérapeutiques et de psychoses infantiles. Cette expérimentation est observée d'une autre manière par Anne Brun⁸⁷⁷ qui applique cette méthode à des pathologies différentes. Selon ses analyses, l'enfant psychotique doit avoir une médiation très adaptée à sa situation tout en tenant compte des difficultés propres à l'enfant pour aborder ou participer au jeu. La plupart des patients souffrant des troubles de la construction de la personnalité ou d'une maîtrise de leur environnement présentent des symptômes psychotiques et sont parfois soumis à des anxiétés ou à des angoisses archaïques. Le dépassement de l'angoisse permet de constater que le patient est capable de construire sa

⁸⁷⁵ Léa ANDREOLETY, « *La pratique du théâtre avec un public atteint de déficience intellectuelle* », sous la direction d'Alice FOLCO, Université de Stendhal (Grenoble III), année universitaire, 2014-2015, p. 13.

⁸⁷⁶ *Ibid.*, p.15.

⁸⁷⁷ Anne BRUN, « *Médiation thérapeutique et psychose infantile* », éd., Dunod, Paris, 2007

personnalité. Dans le cas contraire, la présence de la psychose peut être retenue comme l'absence du contrôle des angoisses, surtout de types archaïques.

D'autres spécialistes, comme Patricia Attigui⁸⁷⁸, s'intéressent à la question de la pratique théâtrale en qualité de médiation thérapeutique et développent une recherche sur le travail du corps. L'usage des mouvements corporels, liés directement à une interprétation du texte et à un contexte du jeu théâtral, crée un lien avec l'histoire et le vécu du sujet d'étude. C'est pour cela que la personne sur scène doit impérativement maîtriser certaines techniques dramatiques pour bien jouer son rôle dans le jeu et dans la symbolisation – son personnage. Patricia Attigui propose de travailler profondément à partir des émotions qui orientent le corps à réactiver des expériences primitives, tout en faisant référence à la théorie freudienne et à celle de Winnicott. Le langage corporel développe des réflexions sur l'usage théâtral comme médiation thérapeutique. Ce langage permet d'accéder et de comprendre différentes formes inconscientes exprimées tant par les mouvements que par les émotions.

1) Le théâtre ou l'art-thérapie en tant que processus éducatif

Le projet éducatif du théâtre thérapeutique met en question certains éléments afin qu'il soit bien compris non seulement de celui qui le met en place, mais aussi du sujet d'étude. Au sein de l'hôpital psychiatrique, la psychothérapie se propose de guérir et de faire disparaître les symptômes du mal-être. C'est une pratique incitative qui mobilise la réflexion de la psychanalyse. C'est justement sous cet angle que la psychanalyste française Claude Halmos⁸⁷⁹ considère que la psychanalyse étudie le patient dans son ensemble, en prenant en compte tout ce qui le fait souffrir et en lui donnant des méthodes pour l'aider à s'exprimer et à faire ressortir ce qui lui paraît difficile à dire avec ses mots. Autrement dit, elle prend en compte le patient dans son ensemble et dans tous ses éléments qui le renvoient étroitement et intimement à son histoire personnelle. Cette psychanalyste appuie son raisonnement sur le fait que chaque symptôme a une représentation unique, même si parfois il est semblable à un autre. La philosophie de base dans les soins théâtraux pour guérir le patient impose à l'artiste de ne pas supprimer uniquement la douleur et tous les symptômes qui l'accompagnent, mais de chercher à savoir le pourquoi de cette maladie et ce qui l'a provoquée.

Le déroulement de la séance d'atelier ne serait jamais réussi sans que se pose la question de chercher à savoir la différence entre la psychothérapie et la psychanalyse. Dans ces analyses, la psychanalyste française Claude Halmos considère que c'est la question du transfert – un amour nécessaire qui est fondamental. Comme il a été défini par plusieurs artistes, il n'y a pas de thérapie théâtrale sans transfert. C'est dans ce transfert que la relation entre le comédien et le patient se noue de façon très spéciale et est renforcée par le consentement éclairé du patient, en faisant du désir et de l'agressivité les éléments indispensables du changement. C'est donc le moteur de la cure analytique. En principe, le rôle que joue le comédien – psychanalyste est de se mettre en retrait, en veilleuse, c'est-à-dire qu'il n'est pas là en tant que personne réelle, mais il doit inciter la personne sujet d'étude à lui donner tous les visages des personnes indispensables et importantes de son histoire, à

⁸⁷⁸ Patricia ATTIGUI, « *De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique, Jeu, transfert et psychose* », L'espace analytique, Collection dirigée par Patrick GUYOMARD et Maud MANNONI, Éditions Denoël, 1993.

⁸⁷⁹ Pascale SENK, « *Psychanalyse et psychothérapie : quelles sont les différences ?* », <https://www.psychologies.com>, Mis à jour le 28 septembre 2017.

rechercher les sentiments qu'il éprouve face à ces gens-là et à les mettre en étude, en analyse, afin de s'en débarrasser très vite.

D'autres questions s'imposent sur le champ de l'analyse comme dans le cadre de l'art-thérapie tel qu'il se développe en France, malgré les multiples approches qui les ordonnent. Des réflexions existent sur le travail de groupe, mais elles manquent de dynamique de groupe. Par exemple, lors de l'atelier, le groupe est formé, mais il n'a qu'un rôle d'enveloppe ou de contenant, car l'étude et l'analyse s'adressent tout d'abord à la personne susceptible d'étude, c'est-à-dire à l'individu qui est un élément du groupe et non au groupe en général. Les praticiens du théâtre montrent ici que le patient doit parler dans le processus de soin à la troisième personne, parler en son absence – il parle, mais il n'est pas là. Le processus éducatif tente progressivement d'amener le patient à s'exprimer et à se repérer à travers sa propre création. C'est une manière de communiquer à travers la création, à travers l'œuvre du patient. Ce dernier parle de son œuvre comme si c'était une autre personne qui l'a créée. C'est effectivement dans ce sens-là qu'apparaît la différence entre le théâtre ou l'art-thérapie et la psychothérapie. D'après Jean-Pierre Klein⁸⁸⁰, le processus éducatif de l'art-thérapie aide le patient à mettre en forme son mal-être d'une part, et, d'autre part, à décliner son identité à partir de certaines formes artistiques dans lesquelles il y a un parcours de création qui incite petit à petit à la transformation du sujet créateur et qui lui donne un sens. Jean-Pierre Klein parle de la création du patient dans ce projet comme d'un processus éducatif de transformation. Le but est de transformer ou de modifier certains comportements ou fonctionnements du patient. Comme l'a encore dit l'écrivain irlandais Oscar Wilde que « *l'Homme est moins sincère quand il parle en son nom. Donnez lui un masque, et il vous dira la vérité.* »⁸⁸¹ C'est-à-dire qu'à travers un masque, il dira facilement la vérité. C'est pourquoi le patient dans un personnage où il joue le rôle d'un autre, dira tout ce qu'il lui traverse la tête. L'art-thérapeute est ici un artiste professionnel et spécialiste de la relation d'aide. Il ne doit pas s'attacher à la technicité de l'exercice créatif du patient, mais plutôt l'inciter à parler de lui-même au moyen de la technique artistique qui lui paraît la plus facile pour s'exprimer et se sentir à l'aise. Dans ce processus, le théâtre permet à tout individu de s'exprimer selon son expérience quotidienne, sa culture et son point de vue sur l'évolution de l'univers à travers les différentes formes artistiques propres à tout un chacun. À travers la forme créée, un suivi permet la transformation de l'individu, c'est pourquoi l'art théâtral reste en soi une des grandes formes de psychothérapie utiles dans la médecine psychiatrique. Dans le théâtre ou sous l'ombre du savoir-faire théâtral, le patient emprunte les yeux de l'art pour s'exprimer ou exprimer son univers tout comme son individualité. Le patient apprend à rendre visible l'invisible, en revanche il ne peut jamais reproduire le visible, mais il tentera de le rendre visible puisque chaque individu est le témoignage d'une histoire. Il essaie de rappeler le passé et de donner un sens au présent.

Winnicott⁸⁸² a aussi développé cette approche en disant que l'individu, quel que soit son âge, lorsqu'il est en exercice d'art-thérapie, devient créatif. Mais c'est seulement en jouant qu'il est capable d'être créatif, tout en mettant sa personnalité dans son œuvre. Il se

⁸⁸⁰ Jean-Pierre KLEIN, « *L'Art-thérapie* », *op. cit.*,

⁸⁸¹ Oscar Wilde (né le 16 octobre 1854 et mort à Paris le 30 novembre 1900), poète et écrivain, <https://citation-celebre.leparisien.fr/auteur/oscar-wilde?theme=la+verite>

⁸⁸² Donald Woods WINNICOTT, « *L'angoisse liée à l'insécurité* », 1952, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, Coll., Science de l'homme, 1969, dernière édition 1989, traduit en anglais par J. Kalamonovitch.

découvre et il fait le lien avec le soi lorsqu'il est créatif. Le travail éducatif consiste à accompagner l'individu pour l'aider à comprendre d'où il vient et vers où il souhaite aller. Le patient apprend à canaliser les tensions et gère les violences tout en proposant instantanément un lieu de décharge et de libération pulsionnelle. C'est un travail d'expressions libératoires en même temps qu'antalgiques.

Il faut aussi comprendre qu'apparaît ici l'éducateur spécialisé qui s'avère très important dans ce travail, sans pour autant faire usage de l'art comme le fait le thérapeute. Il faut donc se poser la question de la place de l'éducateur spécialisé et de l'artiste thérapeutique dans les établissements de soins psychiatriques.

a) Le courant du théâtre occupationnel

Par exemple, l'idéologie freudienne dit que la création artistique de l'homme vient de ses pulsions sexuelles. Freud parle de sublimation dans la création artistique. Or, le sens de la création peut aussi trouver son origine dans une approche loin des pulsions sexuelles. Ainsi, au-delà de ses pulsions sexuelles, chaque nouveau-né est porteur de créativité, il suffit qu'il se trouve dans un espace libre pour cultiver et développer son individualité et s'épanouir, tout en mettant sa vision du monde dans son œuvre.

En pratique, toute art-thérapie ne se situe pas dans le sillage des différentes théories précitées. Chaque spécialiste utilise le théâtre, en regroupant l'ensemble des méthodes et des courants contribuant à la relation entre effets thérapeutiques et usage ou pratique artistique comme le font certains cliniciens à des fins thérapeutiques, comme l'a bien expliqué Anne Brun : « *En ce qui concerne les écrits dits d'"art-thérapie", ils manquent la plupart de temps des références théoriques empruntées au champ de la psychothérapie psychanalytique, et renvoient à des champs théoriques très hétérogènes, parfois même à des pratiques fort discutables* »⁸⁸³. Cette nouvelle façon de faire sans lien avec une théorie thérapeutique vient de l'échange lors du travail en atelier qui intègre un processus thérapeutique fondé sur la relation et l'aide à la personne. Pour Jean-Pierre Klein⁸⁸⁴, le courant occupationnel est celui qui englobe tout procédé et méthode pratique pour enfin distinguer ce qui relève de l'expression artistique d'une part, et, d'autre part, de l'art-thérapie psychanalytique. Léa Andreolety s'intéresse aussi à cette question et affirme que : « *Ces différents usages de l'art à vocation thérapeutique doivent eux-mêmes être différenciés du travail des art-thérapeutes et des ateliers dits d'art-thérapie qu'ils proposent. Généralement artistes et non-soignants cliniciens, ces professionnels travaillent sur la gratification sensorielle, la recherche du plaisir et la valorisation du potentiel du patient pour lui redonner de l'assurance. Toutefois, ce travail n'accède pas au soin, bien qu'une relation d'aide soit établie. La création n'est pas plus la finalité de l'atelier, ce qui instrumentaliserait le patient comme l'exprime Winnicott : "Il se peut qu'un analyste soit un bon artiste, mais, comme je le dis souvent, quelle maladie désire être le poème ou le tableau d'une autre personne ?"* »⁸⁸⁵

⁸⁸³ Anne BRUN, « *Médiation thérapeutique et psychose infantile* », *op. cit.*, p. 1.

⁸⁸⁴ Jean-Pierre KLEIN, « *L'Art-thérapie* », *op. cit.*, p. 8, 9.

⁸⁸⁵ Léa ANDREOLETY, *op. cit.*, p. 18.

b) Le rôle de l'éducateur dans le projet éducatif

L'artiste thérapeute est ici un éducateur – dit spécialisé ou social. Il met son savoir théâtral, que ce soit en individuel ou en association, en groupe ou en compagnie, pour aider le patient ou toute autre personne participant à l'atelier théâtre. Son sens premier est de rendre service tant à la collectivité qu'à la personne, notamment sur les démarches de soins de santé, de l'aide sociale, de la réinsertion sociale et professionnelle, de l'enseignement et du socioculturel. Il compile dans son outil artistique des mécanismes de la psychologie, de la puériculture, de l'infirmier-e ou de l'assistante sociale. La loi sur le statut de l'éducateur spécialisé mis en place le 29 avril 1994 et publiée deux ans après au *Moniteur Belge*, définit dans son article 1^{er} la profession de l'éducateur en ces termes : « *Par éducateur-accompagnateur spécialisé au sens de la présente loi, on entend la personne qui, titulaire du diplôme prévu à l'article 2, favorise par la mise en œuvre de méthodes et de techniques spécifiques, le développement personnel, la maturation sociale et l'autonomie des personnes qu'il accompagne ou qu'il éduque. Il exerce sa profession soit au sein d'un établissement ou d'un service, soit dans le cadre de vie habituel des personnes concernées.* »⁸⁸⁶

Ce travail est actuellement au centre de celui de plusieurs spécialistes comme l'artiste thérapeute. Son métier touche par nature à un travail technique qui provoque la catharsis de celui qui le pratique, mais aussi de celui qui le regarde jouer en impliquant une approche singulière et identique à son public. La conceptualisation de ce travail est complexe puisqu'elle demande en effet plusieurs aspects de mesures de valeurs, mais aussi de critiques. Il est donc important que l'éducateur spécialisé artistique soit au même niveau d'angle d'observation que l'éducateur spécialisé en général ainsi qu'au respect de normes de loi. Il doit être créatif pour l'aide à la personne et il interviendra de façon technique là où le patient souffre d'une difficulté d'expression, là où il faut encourager un développement personnel ou au sens large, mettre en place une re-socialisation tant dans l'ordre psychologique que familial ou physiologique. À partir d'une activité artistique, il favorise le développement de l'imaginaire et toutes les potentialités du patient. Il doit reconnaître tous les participants comme des sujets, chacun dans sa singularité, mais aussi les étudier dans leur ensemble. Il faut mesurer le geste de chacun, leur parole, leur identité et les confronter à la loi. Le jeu doit donc avoir un rôle d'accompagnement à chaque prise de décision, aider le patient à faire le bon choix en le situant vis-à-vis de lui-même et de son espace environnemental – et viser par tout moyen l'autonomisation du sujet. Il doit faire en sorte que son patient renoue sa relation avec le social et la solidarité de groupe, il reconnaît son histoire et tout ce qui rentre dans le projet de collectif. Mettre le sujet sur scène et garder un œil sur lui en travaillant en groupe aide l'artiste à s'occuper de la cohésion sociale du patient et l'encourage à une analyse psychique d'intégration ou de réintégration dans les milieux où il se sent marginalisé.

Ici, il y a plusieurs sortes d'éducateurs : éducateur spécialisé, moniteur spécialisé, éducateur thérapeute, éducateur de jeunes enfants, éducateur en animation, éducateur en aide médico-psychologique ou éducateur artistique. Ces deux derniers intéressent beaucoup cette recherche, puisqu'ils ont des métiers sociaux très divers qui varient selon les milieux d'expérimentation et selon le public et/ou le domaine d'intervention. Ils exercent tous les

⁸⁸⁶ La loi sur le statut de l'éducateur spécialisé (niveau graduat) votée le 29 avril 1994 et parue au *Moniteur Belge* le 20 avril 1996.

deux un accompagnement du patient dans sa globalité et dans son individualité, afin de prendre des mesures d'accompagnement très adéquates pour mener le patient à une évolution positive.

Il a un rôle très considérable à jouer dans la vie du patient : se questionner sur l'origine de la tension qu'il ressent, considérée soit comme individuelle soit comme collective et participant de la vie sociale. Il doit mettre en place un jeu qui favorise le dialogue et qui donne la parole à tout un chacun, afin d'analyser la valeur que chacun accorde à son prochain. Il faut donc retenir que le processus éducatif se réalise dans une approche clinique sous deux angles : d'une part, la réalité sociale et, d'autre part, la réalité psychique du patient. Ils investissent leur efficacité dans trois espaces éducatifs : le social, le clinique et l'institutionnel dans sa globalité. Pour plus d'informations complémentaires sur le rôle de l'éducateur artistique⁸⁸⁷.

2) La tragédie de la Grèce antique joue-t-elle un rôle dans l'évolution mental d'individu – d'acteur – du patient – ou – du spectateur-voyeur ?

Ce savoir-faire culturel et théâtral est né dans la Grèce antique dans le cadre de cérémonies, de fêtes religieuses en l'honneur du dieu Dionysos. Lors de ces cérémonies, Athènes devenait un espace de théâtre – ou entièrement un théâtre. Chaque année, les acteurs se présentaient dans un concours annuel où brillaient trois grandes tragédies issues de la philosophie de trois grands dramaturges athéniens du V^e siècle avant Jésus-Christ. Dans ces spectacles, il y avait à la tête de ces trois courants dramaturgiques : Eschyle, Sophocle et enfin Euripide. Leurs sujets avaient comme source d'inspiration la mythologie – le mythe.

Ce travail va s'intéresser d'une manière considérable aux expérimentations de Sophocle comme à celles d'Œdipe d'une part, et, d'autre part, à celles d'Antigone. Il a mis dans ses récits un destin fatal d'hommes qui ne respectaient pas les valeurs religieuses, les valeurs des dieux et par conséquent, commettent par fierté ou par orgueil une faute qui va avoir une grande importance sur la destinée humaine, sur la valeur et les principes de l'homme face aux dieux. À cette époque, tous les citoyens se retrouvaient dans un amphithéâtre pour regarder, écouter et apprécier une trilogie tragique, des représentations de pièces de théâtre satiriques écrites par ces trois grands dramaturges et poètes d'Athènes.

La tragédie grecque est un phénomène spécial dans l'histoire dramaturgique et culturelle de l'humanité car elle répond à des valeurs fondamentales de l'homme et elle offre un parallèle avec l'évolution sociopolitique du monde contemporain. Le rôle de cette tragédie était très didactique, surtout lorsque la démocratie athénienne était quasiment absente. Ils utilisaient le théâtre pour exposer au peuple la légende de son passé tout en faisant allusion au contexte religieux et à tout ce qu'ils apportent comme conséquences sociales. La philosophie athénienne disait que la tragédie était destinée à être dite et non pas à être regardée ou lue.

Chaque représentation touchait d'un côté, la vie de l'individu et la cité et, de l'autre côté, les lois divines face aux normes humaines. Il était clair qu'ils s'intéressaient à la démesure, mais aussi aux tabous comme le parricide, le matricide, les relations conflictuelles entre frères et les relations sexuelles illicites⁸⁸⁸ entre mère et fils – l'inceste.

⁸⁸⁷ Voir SECTION II - LA POLITIQUE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

⁸⁸⁸ C'est l'ensemble des relations qui sont prohibées par les lois tant sur le plan civil que sur le plan religieux.

Tous ces thèmes jouent un rôle non négligeable dans la vie de chaque spectateur, puisqu'à la fin de la représentation, celui-ci met en cause à la fois sa vie privée, sa vie familiale et sociale. C'est ce qui a poussé Freud à étudier la vie d'Œdipe et ses comportements. Il a approfondi son étude jusqu'à découvrir ce qu'il appelle le « *Complexe d'Œdipe* ».

Pour mieux répondre à cette interrogation, il est indispensable de voir le psychodrame – Œdipe (a) et celui d'Antigone ou Hamlet (b).

a) Le psychodrame – l'œdipe

En parlant de la légende d'Œdipe en 1910, Freud a emprunté le mythe de la Grèce antique pour extérioriser de façon très argumentée l'existence d'une sexualité infantine et expliquer le phénomène psychique et hormonal qui existe chez l'enfant entre deux ans et six ans lié directement à sa relation avec ses parents. Freud a pris l'exemple d'Œdipe qui est un bébé abandonné dès sa naissance par ses parents puisqu'il a été dit auparavant que cet enfant ne leur apporterait que du malheur, selon le message donné par l'Oracle disant qu'il en viendra au fil du temps à tuer son père et à épouser sa mère. Selon la tradition de Sophocle : « *Œdipe tue, sans le reconnaître, son père ; il épouse sa mère ; les dieux aussitôt lui révèlent son crime ; cependant, il continue à régner dans Thèbes, mais "torturé de maux par les dieux ennemis"* »⁸⁸⁹. Lorsqu'il commence à grandir, il a connu le message disant qu'un jour il tuerait son père et il épouserait sa mère. À l'âge adulte, il décide de quitter sa famille adoptive pour éviter de commettre le pire. Au milieu de la route, un homme lui barre la route et ils se battent. Œdipe finit par le tuer sans le savoir qu'il s'agit de Laïos, son père. Ainsi, il accomplit la prophétie sans le vouloir. En arrivant à Thèbes, il se heurte à un monstre sanguinaire, le Sphinx qui a la tête d'une femme et les membres d'un lion. Cette créature lui bloque la route vers la ville et tue tous les voyageurs qui ne sont pas capables de répondre à une énigme qu'elle leur propose. À son tour Œdipe doit répondre à la question de la créature : « *Quel est l'être qui marche à quatre pattes le matin, à deux à midi et à trois le soir ?* »⁸⁹⁰ Œdipe a répondu la question sans hésitation en disant c'est l'homme. Il marche à quatre pattes à la naissance et à l'âge adulte sur ses deux pieds et à l'aide d'une canne à sa vieillesse. Le Sphinx, très vexé, se suicide. Œdipe est récompensé par la ville pour avoir libéré Thèbes du Sphinx. Les Thébains le font roi et il épouse la veuve du roi Laïos, c'est-à-dire sa mère Jocaste. Ainsi, la deuxième partie de la prophétie de l'Oracle est accomplie. Le couple a vécu dans l'harmonie pendant plusieurs années et des enfants sont nés, deux filles Antigone et Ismène et deux garçons Étéocle et Polynice. Après quelques années, la vérité est dévoilée dans la cité et par désespoir, Jocaste se suicide et Œdipe se crève les yeux et renonce au trône. Il part ensuite sur les routes de Thèbes en posant ses mains sur l'épaule d'Antigone afin de chercher un pardon problématique. C'est en principe une tragédie qui illustre et qui démontre la part d'inconscient et la part d'involontaire de l'homme qui est toujours présente dans ses actions.

⁸⁸⁹ Sophocle, « *Théâtre complet* », traduction, préface et notes par Robert Pignarre, éd, GF Flammarion, Paris, 1964, p. 340.

⁸⁹⁰ Martine DENOYELLE, Alexandra KARDIANOU-MICHEL, Sophie MARMOIS-SICSIC & Sophie PADEL-IMBAUD, « *Dossier thématique : Monstres et héros* », publié sur le site du Musée du Louvre, 26-12-2011.

Freud expliquait que, quelle que soit la culture à laquelle l'enfant appartient, il connaîtrait un désir sensuel voir érotique et sexuel pour ses parents, plus particulièrement pour celui du sexe opposé. Il y a deux types de catégories de manifestation de ce désir : certains vont l'exprimer de façon claire et franche, mais d'autres vont l'exprimer de façon neutre. C'est pour cela qu'il passe parfois inaperçu et est considéré comme une crise passagère, jugée normale entre l'âge de deux ans à six ans.

Il est logique de se poser la question : comment l'œdipe se manifeste-t-il chez l'enfant ? Premier constat : l'enfant recherche l'attachement, le contact physique avec le parent de sexe opposé puisque cela lui donne du plaisir. Par exemple un petit garçon qui va toucher les seins de sa mère ou se promener tout nu au salon ou encore une petite fille qui veut absolument embrasser son père sur la bouche, rester dans ses bras ou quelquefois se frotter à lui. C'est normal à cet âge, l'enfant va expérimenter toutes formes de plaisir appelées à l'âge adulte plaisir sexuel, mais de façon enfantine et allégée. Toutefois, lorsque le petit garçon est attiré par sa mère, il aura des sentiments de jalousie envers son père. Le père est perçu comme le premier rival et cela est de même chez la fille vis-à-vis de sa mère.

Plusieurs comédiens qui utilisent le psychodrame comme moteur de recherche de l'œdipe chez l'enfant constatent, chez le petit garçon tout comme chez la petite fille, qu'ils ont leur premier sentiment d'amour envers leurs parents. La relation sensuelle du petit garçon avec sa maman est fondée sur certains éléments d'attraction comme la recherche d'odeur, de la peau si douce ou du contact physique. À un certain moment, la petite fille rentre en conflit avec son petit frère lorsqu'elle constate que ce dernier s'attache de manière définitive à leur maman, elle se retourne au moment de l'œdipe, se détachant de sa mère pour aller vers son père avec une certaine forme de culpabilité. Il n'est pas anodin pour une petite fille de se détacher de sa mère qui est son premier objet d'amour. La relation mère/fille est souvent marquée par l'amphibologie mêlant l'amour et la haine, la tendresse et l'agressivité, c'est-à-dire toute forme d'expression sentimentale et son opposé.

Quels sont les signes qui marquent la sortie de l'enfant de son œdipe ? Existe-t-il une attitude à observer chez l'enfant ?

Il est constaté tout d'abord que l'œdipe chez l'enfant s'éteint à l'âge de six ans. La plupart des artistes thérapeutes utilisent la technique freudienne qui cherche à observer de près l'enfant jusqu'à l'apparition de la pudeur. À ce niveau, le comportement de l'enfant commencera à changer. Au début, il osait se promener tout nu devant tout le monde à la maison, mais à partir de ce moment-là, il commencera à avoir honte et se sentira gêné d'être vu nu. Cela signifie qu'une conscience morale commence à se mettre en place et l'empêche d'exposer, d'exprimer ou de manifester ses désirs sexuels. Le principe de la dramathérapie est d'apprendre à l'enfant que ses désirs sexuels ne peuvent ni s'extérioriser ou s'exprimer ni se manifester ou se réaliser ouvertement. Son corps va devoir suivre le changement d'expressions corporelles d'une part, et, d'autre part, l'évolution de la psyché. L'enfant doit réaliser qu'il y a des moments de plaisir et de déplaisir ou de satisfaction et d'insatisfaction. C'est justement dans cette période qu'il va comprendre qu'il y a des limites à ses désirs. Par exemple : c'est ici qu'il va comprendre qu'il ne peut pas rester longtemps à téter autant qu'il veut ou qu'il ne doit pas rester dormir dans les bras de ses parents toute une journée.

La théorie ne se limite pas à ce premier point. Elle va encore plus loin pour montrer le rôle que joue l'œdipe dans la sexualité à l'âge adulte. À cet âge, le garçon sait déjà ce que

c'est qu'être un homme. En revanche, la fille joue toujours de son expérience de la féminité. C'est à travers certaines habitudes ou des balbutiements que l'enfant arrive à s'identifier sexuellement – petite fille – petit garçon, il est différent de l'autre ou il est de sexe opposé à l'autre. Il aura encore une évolution à l'adolescence puisque durant cette période apparaîtront ses premières pulsions liées à son orientation sexuelle.

Parfois, apparaît chez l'enfant un Œdipe inversé. C'est lorsque la petite fille développe dans ses pulsions une relation œdipienne avec sa maman ou le petit garçon avec son père. L'enfant a une attirance sexuelle pour son parent de même sexe, un érotisme très développé dans ses hormones, mais qui ne se manifesterait que dans son esprit. Ces désirs sont très fréquents, mais la plupart des parents ne les remarquent pas ou ne les croient pas.

Ces comportements auront-ils des conséquences sur la sexualité future de l'enfant ? La réponse est non. En revanche, il est possible que le garçon qui fait son œdipe avec le père se trouve à l'âge adulte dans une relation très révoltée contre la figure paternelle par exemple. Il peut même se révolter contre toutes normes, toutes les lois ou toutes les formes de représentation de l'autorité, ce qui fera de lui une personne très excitée. En revanche, la fille qui développe son œdipe avec sa mère sera très jalouse et connaîtra une relation difficile et conflictuelle avec les femmes.

Les ateliers de dramathérapie – de psychodrame – à l'hôpital psychiatrique font comprendre que parfois l'enfant présente un œdipe non ou mal résolu. Lorsqu'il garde dans un petit coin de sa tête l'idée que son désir sexuel est fautif, il développe ensuite une émotion de culpabilité intérieure et un sentiment de rage contre ses parents gagne du terrain. Une autre forme de rage contre tous les adultes peut aussi se manifester, surtout contre ceux qui sont importants et indispensables à son épanouissement. C'est la raison pour laquelle il faut garder une bonne attitude lorsque l'enfant a des comportements déroutants ou très agités. Il faut chercher à connaître les facteurs qui provoquent cette déstabilisation de l'enfant.

Il y a des petits exemples à prendre et à corriger tout doucement sans brutaliser ou choquer l'enfant. Parfois des petites filles s'assoient sur les genoux de leur père en prenant une position à califourchon et qui se frottent contre lui. Dans ce cas, le père ne doit absolument pas réagir de façon sévère afin d'éviter des manifestations de troubles psychologiques chez la petite fille et de risquer un changement brusque dans ses comportements. Le père doit être en mesure de comprendre que l'enfant cherche un plaisir dans sa naïveté de désirs sexuels en prenant le corps de son père comme partenaire. Le père doit impérativement lui faire comprendre qu'il y a des gestes qui ne se font pas comme ça et surtout avec ses parents, c'est-à-dire entre parent et enfant. Le père doit par exemple dire à sa fille en utilisant des phrases simples comme : « *Non ma fille, pas comme ça.* » Si la petite fille persiste, son père rajoute encore une autre phrase en lui disant : « *Si tu veux jouer ce jeu, moi je ne joue pas.* » Son père n'est pas obligé de lui crier dessus ni de la culpabiliser. Il doit tout simplement la prendre dans ses bras en optant pour une simple méthode de détour et en lui faisant des câlins. Si malgré tout elle persiste encore plus, le papa met fin au câlin sans ajouter un mot. La petite comprendra qu'elle a fait une chose qu'elle ne devrait pas.

L'enfant qui vit son Œdipe peut à un certain moment jouer ou manifester ses sentiments avec des phrases très douces et touchantes pour attirer la sensibilité de son parent. Par exemple le cas d'une petite fille qui chuchote à son papa en lui disant : « *Quand je serai grande, je vais me marier avec toi.* » Le père ne doit en aucun cas montrer un sentiment

émotionnel à ce propos, même s'il est intérieurement touché et flatté. Il ne faut pas laisser de place à l'ambiguïté qui freinerait la petite fille. Éviter donc le plus rapidement possible que l'enfant installe un schéma d'illusion lui donnant l'espoir de se marier un jour avec son père. Ce dernier doit lui répondre classiquement avec souplesse : « *Moi, je me suis déjà marié avec ta maman ou je vais épouser ta maman dans pas longtemps – très bientôt.* » C'est une manière d'établir de l'ordre surtout entre générations et de lui faire comprendre qu'il n'est pas possible de rivaliser avec sa mère. Le langage reste encore simple : « *Ma fille, cela n'est pas possible, je vis déjà avec ta mère et une fois tu seras grande, tu auras à ton tour un amoureux.* »

Un deuxième cas : lorsque la petite fille veut embrasser son père sur la bouche, la réponse du papa doit être très ferme et catégorique sans choquer ni brutaliser l'enfant. Par exemple : « *Non, pas sur la bouche. On ne fait pas comme ça. Soit tu m'embrasses sur le front, soit sur les joues, mais pas sur la bouche.* » Éviter surtout d'embrasser la petite en public puisque cela provoque son imagination et lui donne une place prépondérante dans son amour. Entre trois ans et six ans, l'enfant ressent une très grande excitation et son corps reste sensible et affectueux. Un simple geste d'attachement peut provoquer ou déclencher des réactions – des émotions corporelles.

Certaines petites filles s'interposent entre leurs parents pour les empêcher de s'embrasser. Cela montre que la petite ne supporte pas de les voir ensemble. Il faut donc faire en sorte qu'elle accepte l'idée que le couple doit exister et vivre son amour. Il est nécessaire dans ce cas que le papa opte pour une phase d'échange en faisant appel à de simples questions telles que : « *Pourquoi veux-tu nous écarter ? Pourquoi tu ne veux pas qu'elle m'embrasse ? Tu es jalouse ?* » ou passer par des affirmations très réconfortantes comme : « *J'aime ta maman et je t'aime aussi. Vous êtes toutes les deux mes amours, mais chacune représente un amour différent pour moi.* »

Dans le cas du petit garçon qui vit son œdipe, il va essayer de jouer à cache-cache avec son père. Une fois qu'il constate que son père n'y est pas et que sa mère est au lit surtout pendant les heures du matin, il va se glisser sous la couette de sa maman en cherchant à se confirmer en tant qu'homme. Sa maman doit donc mettre de l'ordre en commençant par le refuser dans son lit et de dormir avec lui. Il n'est pas interdit de lui accorder un petit câlin avant qu'il aille au lit. Il faut aussi faire en sorte qu'il puisse revenir au petit matin pour la réveiller s'il le souhaite. Le petit fera tout pour profiter de l'absence de son père pour prendre sa place. L'acte de séparation doit se jouer dans le verbal. L'enfant doit comprendre que son père ne sera pas d'accord qu'il vient passer la nuit avec sa maman. Toutefois, la maman a aussi la possibilité de le faire exister par des paroles, afin que le petit ne se sente pas seul.

Lorsque l'enfant est très tactile, par exemple quand il touche les seins ou les fesses de sa mère, il ne faut pas lui dire des mots qui risquent de le brutaliser et de le culpabiliser encore plus. La mère ou le père dans le cas où c'est la petite fille qui fait l'action doivent tout simplement dire : « *Ne me touche pas comme ça ou je n'aime pas quand tu me touches comme ça.* » Il y a encore une autre possibilité que l'enfant ne serait pas mal à l'aise d'entendre : « *On ne touche pas sa mère comme ça. D'accord ?* » Les mamans doivent être très prudentes puisqu'à l'œdipe du petit garçon, le moindre geste ou comportement de sa mère peut le mettre en émoi. Par exemple surprendre sa mère en train de se changer ou la voir en

décolleté. À cet âge, il est trop sensible et très vite troublé. C'est alors aux parents de faire preuve de pudeur, de ne pas exposer leur corps devant leurs enfants à cet âge.

Dans cette étude un autre point de vue paraît logique d'être étudié pour le côté de la jeune fille tout comme le petit garçon dans l'âge œdipien. Il s'agit d'une famille dont il manque soit le papa soit la maman. Quelle sera la réaction de l'enfant vivant dans une famille dont le sexe opposé est absent ? Comment ça se passe à la maison ? L'enfant aurait-il un moyen de manifester son œdipe ? Lorsqu'il vit avec des parents homosexuels ou lorsqu'il s'agit d'une maman ou d'un papa célibataire, l'enfant se trouvera sans le sexe opposé et il mettra ses yeux à regarder son entourage pour chercher une personne avec laquelle il va se réjouir et manifester ses désirs. Pour pouvoir faire son œdipe, il va trier parmi ses cousins, ses cousines, ses frères et sœurs, ses tantes ou ses oncles. En principe, une personne adulte sera identifiée pour jouer le rôle, le personnage ou le partenaire œdipien. À cette observation, plusieurs comédiens travaillant sur le psychodrame affirment que les grands-parents sont rarement élus pour devenir le partenaire œdipien en raison de leur âge très avancé. En revanche, l'élu doit être une personne qui lui manifeste un sentiment d'amour très attaché et capable de lui manifester de la tendresse à tout moment.

Tout ce que Freud proposait comme enjeux au plus profond de cette étude peut aujourd'hui constituer une approche de réflexion entre le psychanalyste, l'anthropologiste et l'artiste. Comme il a été bien démontré au début, le docteur Freud initiait ses questions dans l'universalité comme concept analytique établi à partir de l'expérience des cures : traitement des maladies ou des affections graves tout comme des maladies chroniques. Son but était de rechercher l'origine, le fondement anthropologique lié au complexe d'Œdipe. Il demandait de mettre en évidence l'organisation du psychisme individuel inconscient avec certains éléments organisateurs qui jouent collectivement dans le champ du mythe, tel que le totem qui représente le parricide introuvable ou le tabou de l'inceste installé dans les histoires mythiques par le culte des ancêtres.

Chez l'enfant, il existe des valeurs constantes et invariantes que Freud appelle fantasme ou fantasme originaire qui s'expriment chez l'enfant comme des séductions ou des castrations qui sont avant tout une réponse à une scène primitive et non un questionnement pulsionnel. C'est l'une des réponses que l'enfant recherche dans ses questions angoissantes qu'il peut se poser telles que : « *D'où vient la différence des sexes ?* » Ceci interroge la psyché pour comprendre le pourquoi de la différence des sexes. C'est pourquoi les artistes thérapeutes du monde contemporain ne considèrent plus l'œdipe comme un complexe, mais l'observent plutôt pour sa fonction organisatrice. Cette réflexion est encore étudiée en profondeur par le philosophe et psychiatre égyptien André Green⁸⁹¹ : selon lui, le complexe d'Œdipe est une structure qui constitue le sujet – le patient.

La pratique du théâtre aux soins de la médecine expérimentale incite des chercheurs à apporter des analyses sur la production culturelle de l'inconscient, à la différence de celle qui est issue d'autres disciplines qui utilisent des moyens et des méthodes de recherche différentes. Certains chercheurs considèrent que le complexe d'Œdipe est aujourd'hui une expression achevée laissant sa place aux variations de la culture. La pensée universelle de l'enfant ou de l'homme en général se caractérise par des éléments fondamentaux, quelle que

⁸⁹¹ André Green, (1980), « *La Mère morte* » dans *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Minuit, coll. « Critique », 1983.

soit la position géographique. Autrement dit, l'individu met en étude le temps, le sujet, l'objet et l'espace dans sa pensée et utilise la langue comme outil de mémorisation et de compréhension.

b) Le jeu dans le psychodrame d'Antigone

En répondant toujours la question posée sur le rôle que joue la tragédie de la Grèce antique dans le mental du patient ou d'individu, il est indispensable d'étudier le personnage d'Antigone. Tout d'abord, Antigone signifie dans le sens grec : « Contre la progéniture ». Qui est donc Antigone et comment parle son histoire dans l'imagination du patient – de l'individu – du spectateur-voyeur ou de l'imaginaire collectif ? Son histoire, qui a plus de 2 500 ans, est-elle seulement un vieux mythe ou représente-t-elle le destin funeste et destructif d'une héroïne de la tragédie antique et romantique ? Ou est-ce tout simplement une tragédie jouée par des comédiens antiques sous les masques d'autres personnages ? Antigone peut-elle aujourd'hui être considérée comme la jeune fille révoltée et militante du droit, du devoir et du respect au corps humain avant et après la mort ? Ou ne représente-t-elle pas dans l'imaginaire collectif une jeune fille militante au respect des lois divines ? Qui est donc cette jeune fille et après 2 500 ans, qu'a-t-elle encore à dire dans ce monde contemporain ? Quelle est la valeur ou l'image de son personnage dans le monde du droit et au respect des règles ?

Pour bien comprendre Antigone et tous les enjeux qui pèsent sur son personnage, il serait logique de revenir à son histoire, l'histoire de sa famille qui remonte à celle des Labdacides⁸⁹². Une famille maudite de génération en génération. Les Labdacides sont des descendants du fondateur de la ville de Thèbes, Cadmos. Leur malédiction remonte à la troisième génération, celle de Laios, fils de Labdacos. Ce dernier meurt très jeune et son fils Laios est élevé par le roi Pélopes⁸⁹³ à Pisa. Un peu plus tard, il tombe amoureux de son fils Chrysippe et il fait de lui son amant. Le roi Pélopes devient très furieux et il attire la malédiction d'Apollon sur le destin de Laios. Quelque temps après, ce dernier épouse Jocaste, mais un oracle leur interdit d'avoir un enfant, car il leur apportera la malédiction, il tuera son père et épouserait sa mère. Ils n'écoutent pas la prophétie et un enfant naît. Œdipe voit le jour, fait partie des descendants des Labdacides et perpétue la malédiction et le sort jeté dans cette famille. Il a joué son rôle dans la famille comme il a été bien démontré précédemment, inutile de revenir sur son histoire. Après avoir épousé sa mère et donné naissance à ses deux filles Antigone et Ismène et à ses deux fils Étéocle et Polynice, frères et sœurs, Œdipe se crève les yeux et Antigone le guide jusqu'à Colonne où il meurt aussitôt. Cette jeune fille souffrira encore plus puisque la malédiction continuera et cette fois-ci, ce sera le tour de ses deux frères qui vont s'entretuer dans un combat pour conquérir le trône de Thèbes. Étéocle devait régner, mais Polynice a refusé. Ils ont tous les deux perdu leur vie et Créon, l'unique frère de Jocaste, devient donc le roi de Thèbes.

L'histoire révoltante d'Antigone commence de là et surtout lorsque le roi Créon met en application son premier décret qui ordonne d'une part, de rendre les honneurs à son neveu

⁸⁹² Dans la mythologie grecque, les *Labdacides* sont les descendants du roi des Thèbes – *Labdacos*. Ils forment la famille, la dynastie royale de cette cité. Ils sont représentés dans leur célébrité par *Œdipe* et *Antigone*.

⁸⁹³ C'est le plus grand personnage de la mythologie grecque venu en Elide dans le but de conquérir la main d'Hippodamie, fille d'Œnomaos, roi de Pisa.

Étéocle pour avoir défendu l'honneur de la ville et du trône qu'il mérite, et, d'autre part, de laisser le cadavre de Polynice pourrir sur la terre sans sépulture pour montrer l'exemple à son peuple. Il est prévu que celui qui contreviendrait à ses ordres serait puni de mort comme le précise son frère *Ismène* lorsqu'*Antigone* veut donner une sépulture à *Polynice* : « *Je ne peux pas dormir. J'avais peur que tu sortes, et que tu tentes de l'enterrer malgré le jour. Antigone, ma petite sœur, nous sommes tous là autour de toi, Hémon nounou et moi, et Douce ta chienne... Nous t'aimons et nous sommes vivants, nous, nous avons besoin de toi. Polynice est mort et il ne t'aimait pas. Il a toujours été un étranger pour nous, un mauvais frère. Oublie-le, Antigone, comme il nous avait oubliés. Laisse son ombre dure errer éternellement sans sépulture, puisque c'est la loi de Créon. Ne tente pas ce qui est au-dessus de tes forces. Tu braves tout toujours, mais tu es toute petite, Antigone. Reste avec nous ne va pas là-bas cette nuit, je t'en supplie.* »⁸⁹⁴ Cette norme prévoyant la mort est encore clairement apparue dans le dialogue entre *Antigone* et le roi *Créon* et *Le Garde* :

« **CRÉON** :

Qu'allais-tu faire près du cadavre de ton frère ? Tu savais que j'avais interdit de l'approcher.

LE GARDE :

Ce qu'elle faisait, chef ? C'est pour ça qu'on vous l'amène. Elle grattait la terre avec ses mains. Elle était en train de le recouvrir encore une fois.

CRÉON :

Sais-tu bien ce que tu es en train de dire, toi ?

LE GARDE :

Chef, vous pouvez demander aux autres. On avait dégagé le corps à mon retour ; mais avec le soleil qui chauffait, comme il commençait à sentir, on s'était mis sur une petite hauteur, pas loin, pour être dans le vent. On se disait qu'en plein jour on ne risquait rien. Pourtant, on avait décidé, pour être plus sûrs, qu'il y en aurait toujours un de nous trois qui le regarderait. Mais à midi, en plein soleil, et puis avec l'odeur qui montait depuis que le vent était tombé, c'était comme un coup de massue. J'avais beau écarquiller les yeux, ça tremblait comme de la gélatine, je voyais plus. Je vais au camarade lui demander une chique, pour passer ça... Le temps que je me la cale à la joue, chef, le temps que je lui dise merci, je me retourne : elle était là à gratter avec ses mains. En plein jour ! Elle devait bien penser qu'on ne pouvait pas ne pas la voir. Et quand elle a vu que je lui courais dessus, vous croyez qu'elle s'est arrêtée, qu'elle a essayé de se sauver, peut-être ? Non. Elle a continué de toutes ses forces aussi vite qu'elle pouvait, comme si elle ne me voyait pas arriver. Et quand je l'ai empoignée, elle se débattait comme une diablesse, elle voulait continuer encore, elle me criait de la laisser, que le corps n'était pas encore tout à fait recouvert...

CRÉON, à *Antigone* :

C'est vrai ?

ANTIGONE :

Oui, c'est vrai.

LE GARDE :

⁸⁹⁴ Jean ANOUILH, « *Antigone* », *op. cit.*, p. 45.

On a découvert le corps, comme de juste, et puis on a passé la relève, sans parler de rien, et on est venu vous l'amener, chef. Voilà.

CRÉON :

Et cette nuit, la première fois, c'était toi aussi ?

ANTIGONE :

Oui. C'était moi. Avec une petite pelle de fer qui nous servait à faire des châteaux de sable sur la plage, pendant les vacances. C'était justement la pelle de Polynice. Il avait gravé son nom au couteau sur le manche. C'est pour cela que je l'ai laissée près de lui. Mais ils l'ont prise. Alors la seconde fois, j'ai dû recommencer avec mes mains.

LE GARDE :

On aurait dit une petite bête qui grattait. Même qu'au premier coup d'œil, avec l'air chaud qui tremblait, le camarade dit : "Mais non, c'est une bête." "Penses-tu, je lui dis, c'est trop fin pour une bête. C'est une fille."

CRÉON :

C'est bien. On vous demandera peut-être un rapport tout à l'heure. Pour le moment, laissez-moi seul avec elle. Conduis ces hommes à côté, petit. Et qu'ils restent au secret jusqu'à ce que je revienne les voir.

LE GARDE :

Faut-il lui remettre les menottes, chef ?

CRÉON :

Non. [...]

CRÉON :

Avais-tu parlé de ton projet à quelqu'un ?

ANTIGONE :

Non.

CRÉON :

As-tu rencontré quelqu'un sur ta route ?

ANTIGONE :

Non, personne.

CRÉON :

Tu es bien sûre ?

ANTIGONE :

Oui.

CRÉON :

Alors, écoute : tu vas rentrer chez toi, te coucher, dire que tu es malade, que tu n'es pas sortie depuis hier. Ta nourrice dira comme toi. Je ferai disparaître ces trois hommes.

ANTIGONE :

Pourquoi ? Puisque vous savez bien que je recommencerai. [...]

CRÉON :

Pourquoi as-tu tenté d'enterrer ton frère ?

ANTIGONE :

Je le devais.

CRÉON :

Je l'avais interdit.

ANTIGONE, doucement :

Je le devais tout de même. Ceux qu'on n'enterre pas errent éternellement sans jamais trouver de repos. Si mon frère vivant était rentré harassé d'une longue chasse, je lui aurais enlevé ses chaussures, je lui aurais fait à manger, je lui aurais préparé son lit... Polynice aujourd'hui a achevé sa chasse. Il rentre à la maison où mon père et ma mère, et Étéocle aussi, l'attendent. Il a droit au repos.

CRÉON :

C'était un révolté et un traître, tu le savais.

ANTIGONE :

C'était mon frère.

CRÉON :

Tu avais entendu proclamer l'édit aux carrefours, tu avais lu l'affiche sur tous les murs de la ville ?

ANTIGONE :

Oui.

CRÉON :

Tu savais le sort qui était promis à celui, quel qu'il soit, qui oserait lui rendre les honneurs funèbres ?

ANTIGONE :

Oui, je le savais.

CRÉON :

Tu as peut-être cru que d'être la fille d'Œdipe, la fille de l'orgueil d'Œdipe, c'était assez pour être au-dessus de la loi.

ANTIGONE :

Non. Je n'ai pas cru cela.

CRÉON :

La loi est d'abord faite pour toi, Antigone, la loi est d'abord faite pour les filles des rois !

ANTIGONE :

Si j'avais été une servante en train de faire sa vaisselle, quand j'ai entendu lire l'édit, j'aurais essuyé l'eau grasse de mes bras et je serais sortie avec mon tablier pour aller enterrer mon frère.

CRÉON :

Ce n'est pas vrai. Si tu avais été une servante, tu n'aurais pas douté que tu allais mourir et tu serais restée à pleurer ton frère chez toi. Seulement tu as pensé que tu étais de race royale, ma nièce et la fiancée de mon fils, et que, quoi qu'il arrive, je n'oserais pas te faire mourir.

ANTIGONE :

Vous vous trompez. J'étais certaine que vous me feriez mourir au contraire. »⁸⁹⁵

Antigone intervient donc avec amertume en offensant le décret du roi et elle met davantage l'idée de devoir d'honorer ses frères et leur donner de sépulture dans les mêmes conditions sans distinction. Elle considère que cela est un impératif familial et religieux qui

⁸⁹⁵ *Ibid.*, p. 61, s.

est important et plus contraignant que le décret du roi *Créon*. Son mental était très touché par la valeur et le respect du corps après la mort. Elle était ferme sur ce droit accordé au corps humain par le pouvoir divin. Ce droit est aujourd'hui retenu dans le Code civil français en son article 16-1-1 qui édicte que : « *Le respect dû au 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.* »⁸⁹⁶

L'histoire mythique d'*Antigone* se déroule dans une vie mettant enjeu deux normes, celle des lois divines auxquelles elle se sent très attachée et celle des lois politiques publiques impliquant la cité et représentées officiellement par le roi *Créon*.

Le travail tant collectif qu'individuel de l'histoire d'*Antigone* lié au devoir de la sépulture se résume à l'idée de la mort. D'une part, il y a la mort recherchée et acceptée par lui-même et, d'autre part, aussi celui de son frère Polynice dont son cadavre était l'axe principal refusant de le laisser sans sépulture et pourrir peu à peu à la vue de tous. Quant à la réflexion avancée par la version de Jean Anouilh, chaque personne défendant les droits, les devoirs et les valeurs du corps aurait fait la même chose qu'*Antigone* puisque le corps de son frère devient puant et affecte tout le monde. Même le roi est touché par les conséquences de sa décision. Il dit à *Antigone* : « *CRÉON : (...) Tu crois que cela ne me dégoûte pas autant que toi, cette viande qui pourrit au soleil ? Le soir, quand le vent vient de la mer, on la sent déjà du palais. Cela me soulève le cœur. Pourtant, je ne vais pas fermer ma fenêtre. C'est ignoble, et je peux te le dire à toi, c'est bête, monstrueusement bête, mais il faut que tout Thèbes sente cela pendant quelque temps. Tu penses bien que l'aurais fait enterrer, ton frère, ne fût-ce que pour l'hygiène ! Mais pour que les brutes que je gouverne comprennent, il faut que cela pue le cadavre de Polynice dans toute la ville, pendant un mois.* »⁸⁹⁷

Dans la Grèce antique, le devoir de sépulture est lié à la notion de l'immortalité et de la survie. Le fait de ne pas respecter le devoir de sépulture démontre un manquement à la mémoire. C'est donc un maintien de l'image du mort de la personne et de son corps dans la conscience collective. Il est bien beau de faire la sépulture de la personne morte, mais la négliger sous le soleil et la laisser pourrir au petit vent est une manière de la tuer encore une fois. En revanche, *Antigone* lie son moral à la défense du devoir de la personne vivante de prendre en charge, de s'occuper et de prendre soin des corps sans vie soumis à ses yeux. L'acte de sépulture réalisé par l'humain comme droit du défunt est aujourd'hui considéré encore comme un acte de cohésion sociale.

La jeune fille révoltée respectait les lois divines, mais aussi les lois humaines puisqu'elle n'acceptait pas que son oncle le roi de Thèbes la libère. Elle a refusé de fuir, elle se livre aux mains de la loi pour être punie pour la faute qu'elle a commise. Il y a ici une question de morale et de respect des règles : selon la norme, quiconque désobéira à la parole du roi mérite la peine de mort. La jeune révoltée est prête à être punie. À plusieurs reprises, le roi cherche à la persuader de partir or le roi est sorti de la prison sans succès. La jeune fille s'est pendue dans sa cellule et sa mort provoque de conséquences dans la famille, puisque cela entraîne le suicide de son fiancé Hémon, le fils du *Créon*, et sa mère femme du roi, ainsi que celui d'*Eurydice*. *Créon* se trouvant seul et abandonné commence à avoir des troubles mentaux et finit par perdre la raison.

⁸⁹⁶ Code civil français, *op. cit.*

⁸⁹⁷ Jean ANOUILH, « *Antigone* », *op. cit.*, p. 77.

Le théâtre de la Grèce antique avait comme poids le mythe et son attachement se substituait à la création antique de la fatalité. Le poids d'une sanction divine incarnait le spectateur-voyeur de la Grèce antique. Toute mort apportait, en soi, un sentiment tragique plus ardent et ferme puisque le public croyait aux dieux. Lorsqu'ils commençaient à perdre leur croyance, les dramaturges grecs optaient pour une autre vision de la fatalité et imposaient d'autres règles, celles du mythe. Le théâtre a donc vite installé ses conventions dans le regard du spectateur afin de toucher son psychisme et de ressortir les paroles du corps – l'expression corporelle.

La défense d'Antigone peut s'appuyer sur les premiers rites du toilettage mortuaire, comme le faisaient les Grecs antiques avant d'exposer le défunt sur un lit. La tête doit être levée et tournée vers le haut et les pieds vers le seuil de la maison. Antigone voulait faire bénéficier son frère d'un rite digne d'un être humain. Son frère Polynice est privé du droit d'un cortège funèbre jusqu'au cimetière. Le corps dans son tombeau – inhumé ou incinéré – symbolise le respect des cultes engagés. Lorsqu'une personne est morte, cela est considéré comme une libération faite par Dieu et cela est un honneur lorsque les rites sont effectués correctement.

Une question se pose sur l'intervention et la désobéissance d'Antigone aux normes du roi sur les différents corps qui ne bénéficient pas de sépulture, de rite funéraire. Que deviendraient-ils ? Par exemple les corps des soldats, des victimes de guerres : hommes, femmes et enfants pendant les deux grandes guerres ou des génocides. Les cadavres étaient comptés par millions, les corps restaient sous le soleil sans sépulture, sans identification et ils disparaissaient dans la boue et les odeurs. Y avait-il le respect de mort et de toutes les manifestations de la mort ? Où était l'esprit d'Antigone, la jeune fille révoltée à cette époque ? N'y a-t-il pas aujourd'hui d'autres Antigone ?

Toutefois, pour qu'il y ait un deuil, il y a besoin de la présence de trois éléments dans chaque rite :

- le défunt ;
- l'endeuillé ;
- et le lieu de repos du défunt.

Ce dernier et troisième élément représente le processus de sépulture effectué, or, lors des grandes guerres et des génocides, il n'y a ni le corps du défunt ni la sépulture. Il n'y a que des endeuillés comme dans le cas de Rwanda : jusqu'à aujourd'hui, des rescapés continuent toujours à rechercher les corps de leurs proches sans l'espoir de les retrouver. C'est dans cet aspect que naît l'idée de la tradition de la tombe du Soldat inconnu depuis la Première Guerre mondiale. Actuellement, l'idéologie d'Antigone s'installe dans plusieurs pays comme la France et l'Angleterre. Cette tombe représente les restes des soldats tués au combat et le fait que leurs identités restent inconnues – pas de nom ni de nationalité. Le premier soldat inconnu en France est inhumé le 11 novembre 1920 à l'Arc de Triomphe pour représenter tous les soldats morts pour la France pendant la Première Guerre mondiale. La tombe du Soldat inconnu anglaise se trouve à Londres à l'abbaye de Westminster. Il a été inhumé le même jour, le 11 novembre 1920.

BJ LES ENJEUX POSSIBLES DE LA RENCONTRE ENTRE LE THÉÂTRE OU L'ACTION THÉÂTRALE ET L'ESPACE PSYCHIATRIQUE

Cette rencontre met en étude la personnalité du sujet-patient au centre d'une grande réflexion liant l'art dramatique et les centres psychiatriques. C'est dans la personnalité du patient qu'apparaît son histoire individuelle et collective, ainsi que l'ensemble de tout élément responsable de son système de conduites et de comportements. Introduire le théâtre dans la démarche d'étude psychique du patient constitue un outil dynamique pour l'individu dans le but d'activer son système psychophysique qui définit ses ajustements, ses adaptations singulières à son environnement. La recherche met en relief toutes les particularités cognitives, physiques et affectives qui distinguent une personne des autres. Le travail de ces deux grandes figures estime que la personnalité de l'individu est représentée par une unité sociale, biologique et psychologique marquant les particularités de chacun et qui ne ressemble à aucun autre. Il faut donc aborder l'individu dans sa totalité sans négliger aucune partie ou aspect qui est en relation avec son unité, son milieu de vie et son physique.

La notion de santé mentale et les phénomènes d'exclusion sociale et culturelle qu'elle produit ont été interrogés par plusieurs compagnies intéressées par cette question, à savoir celle d'Acteurs de l'Ombre en Belgique, de Locos por el teatro en l'Espagne et du Théâtre de l'Arcane en France dans un projet commun mettant le savoir-faire du théâtre comme outil de base (voir le titre⁸⁹⁸). Le Réseau Art et Santé a un projet « *Théâtre Action et Champ psychiatrique* »⁸⁹⁹ organisé le 23 octobre 2010 au Théâtre Le Moderne à Liège qui a pour objectif d'encourager le développement de projets artistiques en milieu de soins. Ce projet avait comme invités aux débats des professionnels du domaine culturel et des spécialistes du champ psychiatrique. Les questions ont été centrées sur la création théâtrale en milieu psychiatrique. « *Quels sont, en effet, les enjeux pour le théâtre-action d'intervenir en milieu psychiatrique ? Et quels sont les effets d'un projet théâtral développé en milieu de soin ? Quelles réactions suscite-t-il auprès des patients ? Avec quelles conséquences et quels changements du regard sur les personnes souffrant de maladies mentales ? Pour certains, prendre part à un atelier artistique, émancipe, développe la communication, ouvre l'esprit et la réflexion. Pour d'autres, c'est avant tout un moyen d'expression particulier ou encore un outil politique et social, une ouverture vers un changement de regard sur la folie et les normes sociétales. Certains, enfin, cherchent la création artistique là où elle se trouve, dans les fondements de la personnalité de chacun, de ses émotions, son ressenti, son éducation... D'où l'intérêt de voir des personnes porteuses d'un certain vécu, fortes d'une certaine situation, l'exprimer via la forme théâtrale.* »⁹⁰⁰

Dans cette politique de rencontre, Jean Florence schématisait les enjeux de la rencontre en cherchant à définir la nature du lien créé par l'alliance du théâtre et de la psychiatrie. L'idée principale est de faire jouer le dynamisme, l'énergie du théâtre en qualité de recherches artistiques liées à la liberté d'expression corporelle, la liberté d'agir, la liberté de manifestations émotionnelles, la liberté de transformer la personne désireuse de

⁸⁹⁸ 1) L'expérimentation de trois partenaires artistiques impliqués dans l'art-thérapie

⁸⁹⁹ « *Théâtre Action et Champ psychiatrique* », Rapport d'une rencontre autour du projet « *Terra Incognita.europe* », organisée par le Réseau Art et Santé, coordonné par Culture et Démocratie ASBL, la Compagnie Acteurs de l'Ombre et le Centre de théâtre-action dans le cadre de la 13^e édition du Festival International de Théâtre-Action (FITA 2010), le 23 octobre 2010, au Théâtre Le Moderne à Liège.

⁹⁰⁰ *Ibid.*, p. 2.

changement de comportements et toutes réalités sociales qui mènent ou aliènent l'individu à se dépersonnaliser, à s'isoler ou le poussent au retrait, au désespoir, à la haine ou à la révolte impuissante. Cette observation implique une réflexion sur une dimension politique de l'activité théâtrale indissociable de la politique de santé mentale – maladie mentale. Depuis toujours, l'art n'a jamais cessé d'être au service de la psychiatrie et montre toujours son efficacité dans la connaissance psychiatrique. Dans chaque atelier-théâtre, les malades sont observés par des soignants afin de rechercher tout indice, facteur ou élément intéressant la connaissance de la maladie dont souffre le patient d'une part et, d'autre part, ses comportements. Cette réflexion est totalement différente de celle qui a poussé les États-Unis à introduire l'art dans les milieux psychiatriques. Ils se sont intéressés à l'ergothérapie à partir d'une base très simple : éviter que le malade s'ennuie à l'hôpital psychiatrique, d'où l'idée de faire agir – ergo⁹⁰¹ –, aider le patient à être actif et contribuer au projet thérapeutique de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle le métier d'ergothérapeute ne cesse de se développer dans les centres psychiatriques tant en Europe qu'en Amérique. Certains ergothérapeutes se donnent la nécessité d'être formés sur certaines notions de base artistiques afin de répondre aux attentes du patient et de la médecine. Il s'agit donc de mettre en place des moyens artistiques au service de l'efficacité thérapeutique. *« Dans ce contexte, en 1996-1997, avec François-Emmanuel Tirtiaux, Jean Florence a créé un groupe de réflexion "Intervalle" sur les liens entre art et thérapie. Pour eux, les personnes qui se revendiquaient de l'art-thérapie passaient à côté et de l'art et de la thérapie. Prendre une activité artistique comme un moyen thérapeutique signifie qu'on attend quelque chose de l'activité. Et l'activité n'est validée que si elle est efficace. Le thérapeute va utiliser des moyens qui relèvent davantage de la psychothérapie. Il n'y avait pas réellement de prise en compte de ce que déclenchait la pratique artistique en elle-même, de son pouvoir explosif et de sa dimension négative, angoissante. Les art-thérapeutes étaient très démunis lorsqu'ils étaient confrontés à cette violence et se sentaient eux-mêmes en échec. L'art dispose d'effets qui ne sont pas programmables, ce qui ramène au processus créateur que chaque artiste connaît. L'activité de peindre produit quelque chose chez celui qui peint. L'œuvre crée aussi l'artiste. Faire passer du désir dans la réalité peut porter aussi beaucoup de destructivité. Si elle n'est pas contenue, elle peut devenir une liaison dangereuse. Face à l'enthousiasme très consensuel par rapport à la créativité, il faut préciser que l'usage non prévenu de l'art peut porter des effets dévastateurs. »*⁹⁰²

L'usage des moyens théâtraux à l'hôpital psychiatrique est une libre exploration avec une expression très démonstrative qui risque plusieurs interrogations : de critiques, d'imaginations, d'idées, de rêves, de moyens, mais aussi de problèmes du langage théâtral. Ce dernier comporte le langage corporel et le langage de l'esprit. Tous les deux expérimentent les données du corps en donnant une forme à toutes les productions du corps humain dans l'émotion, la haine, le plaisir, la joie, la passion ou la peine. La recherche peut être collective ou individuelle dans le dialogue et dans toute autre forme d'expression artistique. Le corps est un art et l'art est un moyen, une possibilité d'agir. La plupart des chercheurs de cette problématique précisent que la réaction du théâtre commence par une réaction fictive avant de toucher la réalité. Ils observent l'alliance de la fiction et de la réalité dans un seul élément : le

⁹⁰¹ En ergothérapie, « ergo » à partir de son sens étymologique, est la racine grecque d'« ergon » qui veut dire travail, activité, ouvrage, etc.

⁹⁰² « Théâtre Action et Champ psychiatrique », Rapport d'une rencontre autour du projet « Terra Incognita.europa », op. cit., p. 4.

corps humain en recherchant tout ce qui le fait exister. Comme tout ce qu'il aime et tout ce qu'il n'aime pas. Dans certains cas, il faut être soi-même et dans d'autres renoncer à soi-même. L'atelier-théâtre à l'hôpital psychiatrique crée un espace de raison et de liberté qui parfois fait peur lors de ses expérimentations, mais il libère celui qui le pratique. Il s'agit de mettre du lien social et culturel à la disposition des malades ou de toute personne en difficulté de discernement, de vivre et en souffrance sociale ou tous ceux qui sont en manquant. Par exemple ceux qui font appel aux exercices de la psychiatrie – des soins psychiatriques. Le projet de mettre en place le théâtre au sein des établissements de soins psychiatriques soulève un défi, mais demande avant tout de donner confiance aux forces et aux expériences théâtrales sur leur capacité à mobiliser et d'activer toute personne par le biais des forces résidant dans le jeu de rôle. Le corps affronte sur les scènes les aspects matériels d'une mise en scène pour extraire une réalité. Il doit donc être rigoureux dans son travail, chercher sa singularité dans le collectif tout en travaillant l'imagination et chercher l'essor de la liberté dans la fiction. Le pari exige du patient qu'il soit ouvert à l'inattendu de la réalité issue de l'apprentissage de techniques et de langages afin d'affronter le public et de faire face à l'évolution de soins. C'est dans cet ensemble d'exigences de pratiques théâtrales que naissent les éventuelles énergies et ressorts thérapeutiques.

Une autre dimension non négligeable du projet est la phase de rencontre de l'autre. Une telle pratique délibère des ressources insoupçonnées de chacun. Elle peut susciter des angoisses, des doutes, des incertitudes, des découragements, des échecs. À cela s'ajoute tout ce que peut éprouver l'artiste saisi par son étude. *« Les difficultés de vie peuvent encore amplifier l'impact de ces moments difficiles. Les responsables du projet en ont une pleine conscience et y prêtent la plus grande attention. La part du négatif fait partie intégrante de toute expérience humaine soutenue avec exigence : tout est mis en œuvre pour respecter cette dimension et pour la rendre supportable et lui trouver des voies de dépassement. Une question particulière se pose toutefois : qu'est-ce que l'apport d'une pratique théâtrale dans une institution rencontre comme accueil, comme résistance ? Transforme-t-elle l'institution, les travailleurs, les patients ? Apporte-t-elle du bien-être ? Comment les personnes ici présentes rejoignent-elles cette question d'une politique de l'art à l'intérieur de l'institution ? Introduire de l'artistique dans une institution, qu'il s'agisse d'une prison ou d'un hôpital, constitue un acte politique, car cela interroge la notion du pouvoir. Cette dimension est souvent oubliée par le monde des "psy". Quel renoncement au pouvoir les psychiatres doivent-ils admettre pour laisser travailler des artistes chez eux ? Quel conflit de territoire cela peut-il provoquer ? Des thérapeutes peuvent se sentir dépossédés par ce qui se passe dans l'atelier. Cela peut créer des conflits, des jalousies, du sabotage. Si le psychiatre admet qu'il se passe, dans des espaces protégés, des pratiques artistiques liées à l'improvisation et que les malades vivent cela agréablement, il aimerait savoir ce qui s'y passe. Quel est donc le degré de secret, d'intimité de l'atelier artistique à préserver pour qu'il puisse exister ? Le psychiatre, responsable de l'institution et de ses malades, peut-il accepter que certaines choses qui se passent en atelier ne lui reviennent pas dans ses rapports et diagnostics. Il y a donc des enjeux de pouvoir qu'on ne peut négliger. »*⁹⁰³

⁹⁰³ Ibid., p. 5.

Toutefois, il n'est pas évident que le fait de proposer une création artistique et théâtrale va directement aider le patient puisqu'il y a dans cette pratique des enjeux attachés à la réalité psychique de la psychose provoquant une confrontation réelle et angoissante. Il faut donc la présence d'une disponibilité de taille de la part du praticien et une grande compréhension et tolérance au refus, au silence, à l'inaction ou à l'inertie qui doivent absolument faire partie de l'expérimentation. Les artistes maîtrisent bien cette partie négative de l'expérience et ils en cherchent de solutions à tout moment. Les patients savent aussi qu'être acteur de théâtre signifie acteur de sa vie, mais ils ignorent qu'être acteur de sa vie est indéfini. Il y a quelque chose de thérapeutique dans le jeu d'acteur, mais sa réalité reste un peu obscure pour certains profanes.

1) L'expérimentation de trois partenaires artistiques impliqués dans l'art-thérapie

Pour mieux comprendre la rencontre du théâtre et du champ psychiatrique dans l'espace européen, il est indispensable de voir la politique d'intervention de ces trois compagnies : Acteurs de l'Ombre en Belgique, Locos por el teatro en Espagne et Théâtre de l'Arcane en France. Chacune de ces trois organisations intervient sous l'effet de styles et de méthodes différents, mais elles utilisent les mêmes moyens et elles prévoient les mêmes objectifs.

a) Théâtre de l'Arcane

La Compagnie Théâtre de l'Arcane ne limite pas son intervention au sein des établissements psychiatriques, mais elle élargit sa rencontre à la ville de Marseille vers le public en difficulté tels les sans-papiers, les jeunes dans les quartiers, les malades à domicile, les femmes prostituées et autres dans le but de mettre en place des actes de création. Elle intervient principalement à l'Hôpital Valvert à Marseille. Son centre d'inertie n'est pas le champ thérapeutique, mais plutôt le mieux-être de chaque individu ciblé par l'activité. Les comédiens de la compagnie proposent aux patients de construire ensemble avec le personnel soignant une démarche de création et de manifestations émotionnelles. L'idée a été bien accueillie par l'hôpital et les ateliers deviennent un espace d'échanges et de liberté. Lors de l'atelier, les malades n'ont en aucun cas été observés ou soumis à un regard thérapeutique. Ils étaient considérés comme des acteurs et des maîtres de leur vie. Des infirmières et des patients ont été engagés dans la création, mais cette activité ne parle pas de personnages ni d'interprétation. Elle vise l'expression de quelque chose et non l'expression de soi.

Le Théâtre de l'Arcane cherche à comprendre comment se met en place cette expression ; c'est la raison pour laquelle il travaille beaucoup plus sur la méthode d'improvisation à partir d'objets indéfinis. Chaque participant apporte un objet qui lui paraît important et qui lui plaisait beaucoup et qui avait ou représentait une histoire très attachante pour lui. Par exemple, un des patients avait amené un oiseau en papier et il l'a laissé à l'atelier. Chaque séance, il venait vérifier si l'oiseau allait bien. Au début, le patient n'avait pas l'envie de participer à l'atelier, mais à force de venir, il finit par rejoindre l'atelier. Les comédiens de la compagnie travaillent souvent sur des exercices d'écoute et ils les multiplient

lorsqu'ils travaillent avec des malades souffrant de psychose – des psychotiques. La méthode d'accueil et d'écoute permet à la personne qui est sujet d'étude d'entrer dans une atmosphère d'invention et surtout de rentrer dans un univers qui n'est pas le sien. Il a été bien dit dans le rapport du projet que : *« Le projet théâtral à Valvert n'a pas d'autre ambition que de construire avec les soignants et les patients une aventure de création. Il participe à l'invention d'une "île de liberté" où les gens peuvent se poser hors du regard thérapeutique. Le rôle essentiel de la direction de l'hôpital, outre la mise à la disposition de la compagnie et du projet d'une salle déjà existante, est d'avoir marqué son accord sur ce préalable. Le travail théâtral traduit une volonté d'expression non de soi-même, mais de quelque chose. La question posée à l'intervenant est comment mettre ce quelque chose en place. Elle exige de lui d'être à l'écoute de l'infirme, de créer l'ambiance qui permet d'entrer dans le champ de l'invention. »*⁹⁰⁴

b) Locos por el teatro

Dans les exercices et les répétitions du spectacle *Perceptio* de la Compagnie *Locos por el teatro* (Fous de théâtre), Leslie (nom prénom) est le porte-parole de cette organisation espagnole et Celdran Alberto est acteur et metteur en scène et le fondateur de la compagnie. Cette dernière a été créée suite à un atelier théâtral mené à l'hôpital en qualité d'éducateur d'une association œuvrant au sein des établissements de santé. Les premiers résultats de ces ateliers-théâtre ont été présentés cinq ans après la création. Raison pour laquelle des comédiens professionnels ont très vite embrassé les ateliers de la compagnie et de cela est venue l'idée de sortir de l'hôpital pour se représenter en public et se dégager du pouvoir de surprotection institutionnelle. C'est ainsi que la Compagnie *Locos por el teatro* a vu le jour. Elle travaille sur plusieurs thèmes, mais leur thème central est la « folie ». Les comédiens, les patients, les participants ainsi que le personnel soignant avaient le désir d'ouvrir un espace moderne et relationnel tant à l'hôpital en premier lieu que dans la ville d'Alicante en second lieu et petit à petit de se propager dans toute l'Espagne avec leur projet actuel, « *L'Europe* ». Ils ont des questionnements qui font avancer rapidement leurs expériences et qui portent surtout sur leur thème capital : *« Comment se positionner par rapport à la folie, thème central de leur travail ? Qu'est-ce qu'un processus de création ? Comment travailler théâtralement ? Qui est-on sur le plateau ? Comment se positionner dans cet espace de liberté ? Comment sortir de ces étiquettes que la société nous a données ? Ils travaillent sur leur réalité. Le souci d'apporter à la culture une image réelle de la maladie mentale est très présent également. Il y a ce besoin de dire : "On est là, on existe et on fait du théâtre." Ils se définissent tous comme acteurs. Le travail théâtral évite toute distinction liée à l'expérience personnelle de la folie. »*⁹⁰⁵ Lors de la création, il n'y a ni patient ni professionnel de santé, ils ont tous le même titre – des comédiens – et ils prennent tous ensemble les décisions d'une manière collective. Ils sont tous des artistes participants à l'œuvre commune – la création. La parole est donnée à tout le monde et chaque proposition est travaillée d'une manière respectueuse sans rejet. Une fois que les propositions ont été travaillées et retravaillées, c'est la personne elle-même qui

⁹⁰⁴ *Ibid.*, p. 6.

⁹⁰⁵ *Ibid.*

constate si son idée est bonne ou non. Si elle mérite d'être encore remaniée ou améliorée. « *Ils participent ensemble à une expression artistique interrogeant aussi bien des dérives portées par la peur de la maladie mentale que la question même de la schizophrénie. Perceptio est né de cette recherche. Le spectacle aborde indirectement la question de la médicalisation de la différence : implique-t-elle de rester à l'hôpital ou va-t-elle de pair avec une revendication d'autonomie et un choix de vie ? Le thème du spectacle ajoute à cet enjeu celui d'apporter une vision plus juste de la schizophrénie : comment se perçoit la peur de ceux du dedans de l'univers de la maladie – elle n'est pas niée par le spectacle – envers ceux du dehors et réciproquement, en miroir ?* »⁹⁰⁶

c) Les expériences de la Compagnie Acteurs de l'Ombre

La Compagnie Acteurs de l'Ombre est la troisième organisation qui participe à ce projet : « *Terra Incognita. Europe* »⁹⁰⁷. Ce projet se réalise à Liège en partenariat avec Asbl Réflexion, Revers, Isosl et Article 23. Le premier partenaire est une association qui s'occupe des souffrants de problèmes psychotiques, elle est une organisation en partie de l'hôpital et une partie dépend de subsides, de soutiens spécifiques de la Région. Dans ce même rapport du projet, il a été précisé qu'« *À Liège, il y a une grande filière classique, Le Petit Bourgogne et l'Agora, maintenant devenu l'intercommunale Isosl, qui comporte tout ce qu'il y a dans une structure hospitalière classique, mais en même temps aussi, toutes les structures ambulatoires (habitations protégées, des SPAD (service psychiatrique d'aide à domicile)... et notamment l'ASBL Réflexion. C'est dans ce cadre que s'est développée la collaboration avec les Acteurs de l'ombre et que sont nés les projets de théâtre-action.* »⁹⁰⁸

Le système du travail du théâtre action s'exerce dans toutes formes de créations artistiques collectives en atelier avec des gens qui souffrent d'une extrême solitude ou qui survivent dans des conditions de dépendance. Ils travaillent sur des créations artistiques et théâtrales avec des gens qui sont atteints d'une maladie mentale et qui souffrent dans la peur de l'extérieur tout comme de l'intérieur et qui présentent au regard des autres une situation étonnante dans un sens particulier. Plusieurs interrogations étaient dans le planning du travail de recherche telles que : quelle est la valeur sociale et médico-sociale que présente la création théâtrale à l'hôpital ? Pourquoi travailler avec des personnes qui souffrent d'une maladie mentale ? « *En quoi le vécu d'une personne qui souffre de maladie mentale va-t-il influencer son imaginaire artistique ? En quoi ce qu'elle va créer est-il une expression, un partage, un acte de réinvention de soi et d'interrogation du regard des autres ?* »⁹⁰⁹

La méthode du travail de cette compagnie a comme axe principal – la folie – et elle expérimente dans une démarche de création théâtrale avec la compagnie Asbl Réflexion depuis 2004 ainsi qu'avec plus de soixante participants et résidents sans que l'objectif visé soit accompli sur une scène de spectacle et surtout devant le public spectateur. « *L'interrogation des Acteurs de l'Ombre est différente – mais complémentaire – de celle de "Locos por el teatro" axée sur la folie. Le travail théâtral des Acteurs de l'Ombre avec les*

⁹⁰⁶ Ibid.

⁹⁰⁷ Le projet Terra Incognita est un projet européen (n°2009-0758), organisé et financé dans le cadre du programme Culture 2007-2013.

⁹⁰⁸ « *Théâtre Action et Champ psychiatrique* », Rapport d'une rencontre autour du projet « *Terra Incognita.europe* », op. ci., p. 7.

⁹⁰⁹ Ibid.

personnes confrontées personnellement à la maladie mentale et les psychoses, porte davantage sur l'imaginaire. Chacun a un imaginaire sur le monde : interroger le lien entre l'imaginaire et la maladie mentale a un sens très particulier dans la création théâtrale. »

2) Quelques observations psychiatriques

Dans cette analyse expérimentale, deux observations des psychiatres et quelques interventions des participants aux ateliers de création théâtrale intéressent davantage cette recherche. Il s'agit ici des analyses scientifiques données par Nicolas Dauby et François Monville.

a) Les observations de Nicolas Dauby et de François Monville

Le premier psychiatre, Nicolas Dauby, précisait que la philosophie principale de l'art-thérapie au sein de l'hôpital psychiatrique est de mettre l'art au service de la psychiatrie. Les éléments de base de l'art pratiqués dans le processus de soin du patient participent effectivement à l'efficacité thérapeutique. Dans son observation entre la créativité du théâtre et la thérapie psychique, il précisait que : *« Les art-thérapeutes sont cependant à côté de la question lorsqu'ils attendent quelque chose de l'activité qui ne pourrait être utile que si elle rend compte de son efficacité. Les effets d'une pratique artistique ne sont pas programmables. Ils dépendent de la pratique de chaque artiste, confronté aux phénomènes d'angoisse et de dissociation qui peuvent mener à "l'explosion" du malade. Il faut s'écarter de ce modèle : la confrontation à la matière est en elle-même productrice : "l'œuvre crée l'artiste." Le jeu crée une potentialité en faisant passer le désir dans la réalité, mais il comprend un risque de destruction. Proposer de la créativité ne va pas nécessairement arranger les choses du point de vue clinique et psychique. L'art doit rester un "champ de surgissement" en maintenant un lien entre réalité et fiction. Sur ce plan, le théâtre permet d'être totalement soi-même pour faire advenir quelqu'un qui n'est pas soi. »*⁹¹⁰

Dans ce même point de vue, Nicolas Dauby expliquait que le fait d'introduire l'activité artistique dans un milieu fermé est spécifique au soin médical. Cela peut être un acte politique puisque l'intervention de l'artiste extérieur au milieu et à la fonction médicale sous-entend une remise en cause des pouvoirs conférés aux professionnels médicaux. Son argumentation est encore développée en étayant qu'*« il s'agit pour les soignants de lâcher le pouvoir et l'emprise sur l'identité de la personne malade et de son projet de vie. En bref, il s'agit de créer un espace de liberté à l'abri tant des relations individuelles que des réalités institutionnelles, ce qui implique de penser le degré d'intimité à respecter. L'espace de liberté de créer doit nécessairement laisser la place au refus, aux absences, au négatif. »*⁹¹¹

François Monville⁹¹² développait son point de vue en relatant quelques extraits d'un événement d'un de ses patients qu'il suit depuis plusieurs années. Dans sa lecture des notes qu'il prit lors des échanges avec son patient, il illustre certaines interrogations de l'imaginaire de Jean-Marc Munaretti. Il a commencé par : *« Ce patient me dit "J'ai quelque*

⁹¹⁰ *Ibid.*

⁹¹¹ *Ibid.*

⁹¹² *Ibid.*, p. 7.

chose de très important à vous dire : je suis schizophrène." Cette phrase faisait rupture avec ce qu'il me disait auparavant : quand il venait me voir, c'était pour essayer de comprendre, d'abord même parfois pour se rassurer, puis de comprendre des phénomènes qu'il reconnaissait pour étranges sans pouvoir leur assigner une cause ou un sens. Une multitude de petites indications dont il osait ou pas me faire part venaient accentuer son anxiété d'avoir été manipulé par quelques personnes qu'il avait à peine connues. (...) Les découvertes récentes réorientaient la compréhension des événements passés, les souvenirs d'enfance étaient infiltrés de soupçons, le texte de sa vie tel qu'il pensait pouvoir se la raconter jusque-là devenait plus instable, le cadre, le scénario, les personnages, la trame générale s'effilochaient et les courants d'air glaciaux qui soufflaient par les brèches de son décor le saisissaient d'angoisse. Perdu dans cette crise d'incertitude, il vivait chaque seconde la déconstruction de son monde. (...) Mais voilà que dans le moment précis que je relate aujourd'hui, s'opère un changement de scène, un lever de rideau comme on dirait lever le voile, ou un tomber de rideau comme on laisserait tomber les bras. Le patient poursuit : "Maintenant que je sais qu'il n'y a aucun sens à ce qui s'est passé et à ce que je vous ai raconté, je vais pouvoir tourner la page et arrêter de me questionner." Certitude, certitude qui vient suturer toutes ces questions. La certitude des informations qu'il a glanées sur Internet est le relevé de quelques symptômes faisant sens en syndrome. Ils imposent un nouveau titre à son histoire : schizophrénie. (...) Du théâtre à visée thérapeutique, un jeu de rôle grandeur nature dans un hôpital psychiatrique, surgit une critique presque antipsychiatrique qui, en toute fin, devient le modèle d'une thérapie audacieuse. Dorénavant pour mon patient, les différents paragraphes, les différentes scènes, les différents échanges avec les autres participants trouvent une place dans le paradigme médical psychiatrique. (...) Changement de décor donc, changement de scénario, changement d'auteur. Mais qui est l'auteur ici ? La science, anonyme, pour les idéalistes ? Les firmes pharmaceutiques pour la théorie du complot ? (...) Aux soignants de prendre garde que la définition médicale et ses enjeux de pouvoir de la maladie répertoriée ne soit pas la définition de l'être de la personne. Nos discours théoriques et nos méthodologies sont rapidement aspirés par la tentation ontologique et la définition de l'être des choses, de la chose. Une fois nommé le personnage, schizophrène, le costume est vite découpé et le rôle est trop vite distribué, entre ce qu'il pourra faire et ce qui lui sera interdit sur la grande scène du monde. Cela n'a pas toujours été le même costume qu'ils ont dû enfiler, mais c'est souvent les mêmes qui disent, qui écrivent le scénario, qui doivent porter les costumes. (...) À nous aussi sans doute le devoir de soutenir ce décor nouveau, mais sans trop vite croire que nous sommes porteurs du vrai, de la vérité. Car la tentation est grande de prendre le manuel pour l'Évangile et de venir en prophète lire l'avenir et prêcher une nouvelle morale. Un discours scientifique du comportement s'acoquine trop facilement à une réglementation politique des comportements. Nous tenons une position fragile entre conseil éclairé et imposition d'un modèle de comportement. »⁹¹³

Il a continué ses observations en posant certaines interrogations sur l'intervention du théâtre dans le processus de soins psychiatriques. Il a encore poussé ses analyses en examinant les propos et les interrogations de ceux qui ne croient pas à l'intervention du

⁹¹³ Ibid., p. 8.

théâtre dans les soins. Il poursuit en disant : « *Alors pourquoi le théâtre, et le théâtre-action en particulier, s'intéresse-t-il à la psychose, à la schizophrénie ? Si elle est entendue comme une maladie, un dérèglement des neurotransmetteurs à corriger simplement par une prise régulière de médicaments. Pourquoi pas alors théâtre action et diabète ou théâtre action et angine ? L'exclusion de la parole du fou, sous prétexte qu'elle est une anomalie, une maladie qui n'a plus qu'à se réfugier dans les chapitres sans dialogue du catalogue des troubles mentaux, peut la faire prendre comme symbole de l'exclusion sociale. L'autre sur lequel et par lequel je fonde mon identité d'être anormal. L'ASBL Réflexion tente de supporter ces paroles et de soutenir les projets de chacune de ces personnes au cœur de la cité, c'est-à-dire au cœur de la vie sociale qui, par son organisation et sa structure, repousse dans ses marges ceux qui n'adhèrent pas à ses critères, marges qu'elle a bien remplies et qu'elle s'occupe elle-même à définir. L'ASBL Réflexion ne voudrait pas être le vestiaire et donner le costume du fou, mais aider chacun à écrire son propre scénario pour composer avec les autres une histoire multiple faite de respect et de tolérance. C'est là sans doute le chapitre qui peut être partagé par les deux acteurs, l'ASBL Réflexion et les Acteurs de l'Ombre, où se noue leur dialogue. L'émergence de la parole de cultures minoritaires.* »⁹¹⁴

Ceux qui veulent que le théâtre intervienne dans la maladie de diabète ou l'angine oublient que cet art dramatique peut intervenir sous plusieurs formes. Dans ce genre de maladie, le théâtre intervient de façon politique et éducative. S'agissant du théâtre et du diabète par exemple, le patient apprend comment se nourrir sans mettre sa santé en danger de façon très élevée. Il n'a pas le même style d'intervention. Il change de méthode selon le service de soins et les moyens d'interventions.

b) Les paroles des participants aux ateliers

Selon le rapport de ce projet « *Terra Incognita Europe* » mené par ces trois compagnies, Yana, une des comédiennes participantes à cet échange, est une passionnée de théâtre. Elle a travaillé avec différents directeurs de théâtre et metteurs en scène. Elle s'interrogeait sur l'acte de création lorsqu'elle expérimentait dans les services de la psychiatrie. Elle a pris la parole lors d'un atelier théâtre et a donné son analyse en se référant à certaines de ses expériences et à tout ce qu'elle avait comme information. « *Elle fait remarquer qu'on lui a toujours fait croire que c'était de la création, mais au fil des rencontres, elle s'est rendu compte que seulement certaines rencontres professionnelles et artistiques lui permettaient d'approcher le champ de la créativité et de l'invention artistique. Selon elle, on peut aussi intervenir, inventer une histoire avec quelqu'un ou faire inventer une histoire à quelqu'un sans que ce soit vraiment créatif. Dans tous les exercices de théâtre, on peut être créatif, mais cela ne dépend-il pas de comment sont mises en place les choses ? La question posée aux acteurs qui travaillent avec ce public est ce qu'est pour eux ce champ de création, d'invention, cet espace de liberté dont ils parlent. Comment définir cet espace de liberté ?* »⁹¹⁵

⁹¹⁴ *Ibid.*, p. 8, s.

⁹¹⁵ *Ibid.*, p. 9, s.

Yana a eu la réponse à ses questions dans les explications de l'intervenant Jean-Marc Muniretti ; il précisait que les gens ont souvent tendance à prendre ou à définir la culture comme un espace autonome alors qu'en réalité, chaque individu a son espace culturel et sa richesse créative. Il est donc important de savoir comment exploiter cet espace pour susciter des émotions. Ce même spécialiste explique clairement : *« Il faut "seulement" lui donner les conditions – et notamment le temps – de son surgissement. Tout particulièrement dans le travail avec des personnes qui sont en souffrance, la démarche ne poursuit pas un résultat, mais un processus, au contraire d'un certain nombre d'expériences artistiques focalisées sur le résultat. Il faut accepter de faire et refaire des exercices sans que longtemps les résultats s'envolent, mais qui mènent la personne à un climat de confiance. La confiance, en elle et dans le groupe, est une condition essentielle pour que l'histoire, le vécu de la personne elle-même soient le creuset d'une véritable création artistique. Cette condition de la confiance dans ses propres capacités de créer est déterminante pour amener à un acte réellement créatif. »*⁹¹⁶

Leslie Logero du Théâtre de l'Arcane a à son tour répondu aux problématiques de Yana en lui partageant les expériences artistiques acquises dans sa compagnie et dans les expérimentations de l'hôpital Valvert ou dans d'autres espaces de liberté : *« Au Théâtre de l'Arcane, on parle d'acte de création, de nécessité, d'authenticité, de travail organique. Ces mots vers lesquels on tend impliquent une ambiance de travail qui permet que cet espace de liberté existe. Cependant, la personne qui se retrouve dans cet espace de liberté n'est pas là pour s'exprimer. Quand on parle d'acte de création, on parle aussi d'engagement. Comment, un moment donné, l'individu s'engage et prend le risque de créer. On n'est plus dans l'expression, mais dans quelque chose qui nous dépasse. Quand on parle de création, il y a un surgissement qui se produit. Quand on parle de surgissement, de création, d'émergence, on ne parle plus de schizophrène, psychotique, normal, pas normal. On est ailleurs et l'essentiel est là. La vigilance fait partie de l'ambiance de travail, on est attentif les uns aux autres, on veille à ce que l'autre ne soit pas en souffrance. La création ce n'est pas que du bien être, ça peut aussi être un surgissement horrible. On ne peut le contrôler. C'est ce qu'on met en place à l'hôpital Valvert comme ailleurs : est-ce que cet espace de liberté se déplace ? Comment le définit-on ? Pourquoi ? Pour y faire quoi ? »*⁹¹⁷

Nicolas Dauby affirme que les personnes atteintes d'une maladie mentale, de problèmes psychiques ou toutes formes de déficiences mentales perd très souvent la capacité de jouer ou même le courage de s'exprimer. Toutefois, le théâtre leur donne le plaisir de jouer tout ce qui leur plaît. Elles retrouvent le plaisir, l'épanouissement et la capacité de jouer de l'enfant. Il dit que : *« Les psychologues savent que pour qu'un enfant puisse jouer, il faut qu'il ait acquis une sécurité de base, c'est-à-dire qu'il ait développé les capacités d'être suffisamment en confiance pour pouvoir développer des choses de lui-même. Peut-être est-ce cela l'acte créateur ? Notre travail serait, pour résumer, de rendre progressivement à la personne une certaine sécurité pour lui permettre d'être dans quelque chose de créateur et de ludique. »*⁹¹⁸

⁹¹⁶ Ibid., p. 10.

⁹¹⁷ Ibid.

⁹¹⁸ Ibid.

Ainsi une personne dont le fils souffre d'une adolescence timide qui l'envoie dans un atelier théâtre pour qu'il regagne confiance en soi. C'est dans le même réflexe que le praticien de santé envoie son patient dans un atelier théâtre en visant les mêmes objectifs, le mieux-être du patient. Le théâtre représente un aspect très spécial puisque le malade retrouve confiance en lui petit à petit parce que les gens qui travaillent avec lui lui font confiance. Cette spécificité est dans le travail en groupe, le collectif ou la création collective, mais parfois, en individuel. Dans la création collective, le produit final n'appartient à personne.

Jean Florence expliquait cette phase d'échange selon Winnicott : *« Le début de la culture, c'est ce qui se passe entre la mère et l'enfant, c'est le germe de l'humain et de la culture. La culture est à tout le monde et à personne. Souvent, on a une conception de l'art marquée par sa signature ("c'est mon œuvre"). Au théâtre, c'est impossible. Il y a quelque chose de l'effacement, mais qui est en même temps de la vraie affirmation. C'est le côté paradoxal du théâtre et cette puissance paradoxale du théâtre en est son ressort thérapeutique, s'il y en a un. Mais dans ce cas, personne n'est le thérapeute de quelqu'un. C'est cette puissance paradoxale de l'action qui n'est ni l'un ni l'autre, mais qui émerge et qui est très spécifique. »*⁹¹⁹

D'autres problématiques ont été soulevées par Patrick Duquenne, membre de la Compagnie de Théâtre-Action (du Collectif Libertalia). Sa question se centre sur le texte de François Monville qui *« pose la question du rôle du médecin dans le processus de création. Patrick relate une expérience lors d'un stage de jeu non verbal, de jeu d'acteur sur le silence, un stage assez physique et qui dure sept jours avec vingt stagiaires. Certains d'entre eux s'avèrent un peu plus forts, un peu plus présents, d'autres un peu moins. Rien de particulier à signaler. Mais après quatre jours, un formateur français lui annonce que, parmi les stagiaires, se trouve une personne gravement psychotique qui a des problèmes de santé mentale et qui serait venue ici parce qu'elle est interdite de stage un peu partout à Paris. Suite à cette information, est posée aux formateurs la question de la poursuite ou non du stage avec cette personne, et la décision d'assurer la fin du stage avec elle tout en sachant les risques par rapport à l'institution, et peut-être à la personne elle-même. Le stage s'est très bien passé sauf que pendant trois jours, l'attitude de Patrick était complètement différente, il se censurait, il véhiculait des peurs et les communiquait. Comment fait le psychiatre qui est en permanence confronté à ce type de personne ? »*⁹²⁰

François Monville répond à cette interrogation en disant que cette question revient à chaque fois dans les diagnostics et les travaux cliniques. Il précise qu'il ne faut pas se limiter aux résultats diagnostiqués, mais plutôt qu'il faut avancer un peu plus, aller au-delà du diagnostic médical dans le but de faire émerger autre chose. Il dit qu'*« avec la créativité, toute personne devrait avoir la possibilité d'épanouir quelque chose d'elle-même dans un cadre rassurant et rationnel tel qu'il serait possible d'être créatif toute sa vie. Le diagnostic a deux faces parce que, à la fois, il est cette chose rassurante, car, pour une fois, il y a quelque chose qui se dit sur ce qui se passe et permet de comprendre, mais de l'autre, il ne doit pas être le couvercle qui vient tout renfermer et tout fermer. Ce sont les limites de l'action psychiatrique dans son sens stricto sensu où il suffirait de poser un diagnostic et d'administrer un traitement. Si le travail psychiatrique se limite à ça, il est trop renfermant et*

⁹¹⁹ *Ibid.*, p. 10, s.

⁹²⁰ *Ibid.*, p. 11.

refermant. Or, il demande un suivi dans la longueur (ce n'est pas en rencontrant la personne une fois et en lui prescrivant un médicament comme pour une angine) et d'être maintenu dans la relation. La question concerne tout le travail clinique et tout l'apprentissage du métier afin d'éviter toujours de refermer trop vite et de savoir pour l'autre ce qui est bon pour lui et ce qui va en être de sa vie. »⁹²¹

PARAGRAPHE 2 - LE PSYCHODRAME PSYCHANALYTIQUE

Cette partie a pour but de faciliter la compréhension et de cerner plus largement ce qu'est le psychodrame psychanalytique en faisant référence à quelques exercices observés en atelier d'art dramatique. Elle vise davantage les émotions des professionnels et des patients et porte un intérêt particulier sur l'ensemble des méthodes d'intervention psychothérapeutique fondées sur des activités théâtrales, comme l'improvisation dramatique, le jeu de rôle en individuel ou en groupe, la déclamation et la prononciation des mots et des phrases.

Lors des enquêtes menées pour cette recherche, des patients, des participants, différents publics et des praticiens ont chacun défini le psychodrame psychanalytique en fonction de leurs ressentis, leurs besoins, leurs attentes, leurs objectifs, mais aussi leur compréhension. Cette recherche a respecté le choix des interviewés lorsqu'ils désiraient garder l'anonymat. Leurs définitions étaient construites en petites phrases simples, claires et compréhensibles.

Le psychodrame psychanalytique est défini par le patient sous plusieurs angles d'observation : celui de la personne en tant que sujet, celui de sa famille, celui de son entourage, celui de sa maladie, de sa souffrance, de son angoisse, de sa classe sociale, de son âge ou de sa profession.

Selon les définitions données, le psychodrame psychanalytique est :

- une situation jugée dramatiquement tendue et/ou révélatrice d'un conflit. Il est une représentation théâtrale généralement dirigée et orientée par un artiste thérapeute, sur un imaginaire ou une scène vécue, dans le but d'extérioriser les ressorts d'un conflit que la personne en situation de jeu réactualise dans sa relation avec soi-même ou avec les autres comédiens qui participent à la scène ;

- une forme de thérapie utilisant comme moyen unique l'art dramatique, la théâtralisation dramatique avec ses propres méthodes, mais aussi les scénarios improvisés par les patients pour trouver une solution à leurs problèmes ; en jouant, ils mettent en scène leur problématique intérieure et la partagent avec les autres ;

- un des patients participant à plusieurs ateliers théâtre précise que le psychodrame psychanalytique correspond à un jeu théâtral dont le résultat est psychothérapeutique ;

- Madame G. explique que le psychodrame psychanalytique est une forme particulière de thérapie qui s'inspire du théâtre pour inciter et favoriser l'expression de l'inconscient et de ses manifestations de défense névrotique ou psychotique, au travers de la création, de l'improvisation – de l'imagination et de l'incarnation des personnages.

⁹²¹ *Ibid.*

Le psychodrame est aussi utilisé dans le cadre de la psychothérapie ou de la thérapie familiale ou individuelle. Expérience artistique, culturelle et thérapeutique, le psychodrame fut inventé par le médecin viennois Jacob-Lévy Moreno (1892-1974), émigré aux États-Unis. Il faisait son expérimentation en créant un théâtre de la spontanéité. Il mettait ses participants et/ou ses patients en ateliers ou sur la scène d'un théâtre afin de les inviter à une catharsis de leurs expressions corporelles, physiques et mentales, leurs émotions, tout en jouant des rôles improvisés devant un public. La plupart du temps, le public est choisi parmi les proches des patients dans le but de les aider à retrouver rapidement l'équilibre et se libérer de leurs blocages relationnels ou affectifs. Jacob-Lévy Moreno mettait l'accent sur des personnages qui pouvaient aider le patient à changer de rôle par rapport à celui dans lequel il était bloqué ou enfermé afin de retrouver facilement ses ressources créatives.

Ce psychodrame psychanalytique se développe aujourd'hui sous plusieurs formes telles que le psychodrame individuel, le psychodrame analytique de groupe ou psychodrame humaniste.

Il est indispensable de savoir ce que représente le psychodrame psychanalytique utilisé par les artistes pour des fins thérapeutiques au sein des établissements de santé. Qu'est-ce que le psychodrame psychanalytique pour eux ? La réponse des artistes est claire et simple : c'est une forme de psychothérapie faisant référence à des jeux d'improvisation, surtout de la mise en mouvement du corps à l'opposition de la thérapie analytique qui est fondée sur des méthodes verbales (échange face-à-face ou assise sur le divan avec des échanges contrôlant un processus psychique).

Dans les ateliers théâtre, le psychodrame psychanalytique est conçu de façon méthodique et systématique pour recadrer le soin du patient en mettant en avant un modèle de cure psychanalytique. Les exercices centrent l'attention sur les analyses et les implications affectives des patients ou des participants et sur les actes relationnels et transférentiels avec l'acteur-comédien psychodramatiste, afin de mieux comprendre ce dont souffre le malade, ses répétitions et ses nœuds conflictuels et inconscients. Toutefois, ce dispositif artistique et l'ensemble des outils de figuration ainsi que le répertoire des expressions des conflits internes et relationnels de la personne étudiée lors d'un exercice de psychodrame paraissent très éloignés des échanges purement verbaux d'une séance de psychanalyse.

Le psychodrame a connu une grande évolution dans les pays occidentaux depuis les années soixante, particulièrement en France sous l'influence des avancées des psychanalystes d'enfants et d'adolescents comme Serge Lebovici, Évelyne Kestemberg, René. Diatkine ou de Didier Anzieu, Mireille Monod, G. Testemale, Paul Dubuisson qui, dans leur ensemble, réforment la technique de Moreno en psychodrame psychanalytique. Leurs idées étaient d'inventer de nouvelles techniques ou approches thérapeutiques pour soigner les enfants en souffrance psychique dont le dispositif classique n'était pas approprié ou adapté.

C'est donc à partir de là que Didier Anzieu, René Kaës et Jean-Bertrand Pontalis commencent à s'intéresser à la dynamique de groupe et aux phénomènes inconscients dans le groupe à des fins d'études ; ils ont proposé par la suite d'utiliser les techniques du psychodrame dans les différents groupes analytiques. Ces techniques, tant en groupe qu'en individuel, sont finalement conçues de façon différente du psychodrame morenien. La nouvelle méthode qui est le psychodrame psychanalytique thérapeutique devient un outil qui dépasse la base initiale pour donner différentes variantes. Il reste donc un dispositif

thérapeutique qui appréhende la douleur, la souffrance psychique du patient en fonction de l'écoute et de la pensée psychanalytique.

La multiplication des expérimentations étudiant la mise en jeu du corps, la recherche de l'imaginaire et le faire-semblant sur les scènes de théâtre ainsi que l'influence de la présence de plusieurs thérapeutes psychanalystes favorisent la prise en charge de l'affectivité d'une part, et, d'autre part, l'ensemble des mouvements internes du patient. Il y a toujours dans les séances théâtrales de psychodrame une liaison entre les mots, le corps, le jeu improvisé et le rôle incarné. Grâce à cette liaison, une trace de passage se dévoile entre eux.

L'article 24 du Code de déontologie de l'art-thérapeute précise : « *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. »⁹²²

A] LE PSYCHODRAME INDIVIDUEL

Dans la démarche de la prise en charge du patient dans le psychodrame individuel, certaines techniques ludiques intéressent les jeunes adolescents et les enfants souffrant d'inhibition ou de ralentissement du processus physiologique qui les empêchent de parler. Sur la scène, ils sont conviés à jouer une scène imaginaire passée ou présente dans un style conflictuel ou non. En général, ils se mettent à parler entre eux et jouent avec une spontanéité étonnante. Toutefois, dans certains exercices, l'inhibition perdure un peu plus, mais l'ambiance ou l'influence du jeu du comédien psychodramatiste les aide et leur permet de s'exprimer même avec des expressions minimales. Le jeu psychodramatique donne un accès aux sensations, aux perceptions, aux fantasmes que le patient a des difficultés à manifester ou à ressentir auparavant.

1) Le déroulement du psychodrame en atelier

Afin que la théorie du psychodrame soit considérée dans toute sa portée applicative dans les ateliers théâtre et pour montrer qu'elle étudie des interrogations survenues lors des exercices en situation réelle ou fictive, il est indispensable de présenter brièvement en quoi consiste l'activité culturelle et théâtrale sous forme d'ateliers psychothérapeutiques. Ceux-ci sont fondés sur le jeu de rôle auprès d'un public et/ou des participants souffrant d'un

⁹²² Code de déontologie de l'art-thérapeute, *op. cit.*

problème de santé mentale. Il convient donc d'étudier les fonctionnements, les comportements ou les émotions pouvant susciter les expressions du patient lorsqu'il est en phase d'étude sur la scène théâtrale.

En principe, les ateliers sont proposés aux participants au rythme des activités hebdomadaires, leur donnant la possibilité de se découvrir ou de se redécouvrir par le biais du jeu dramatique individuel, appliqué à voix haute surtout pour certaines expressions. Le déroulement de l'atelier s'effectue dans un espace d'échange autour d'un public et accorde à chacun plus de temps de création et d'improvisation selon l'état physique et mental du sujet d'étude. Le psychodrame individuel se pratique avec un patient, des cothérapeutes analystes et un maître de jeu, parfois appelé directeur de jeu, lequel doit être à la fois comédien psychanalyste et psychodramatiste.

Au début, le patient est libre de choisir le thème et d'énoncer l'idée qu'il compte développer sur scène avant de commencer son exercice. Le maître de jeu l'aide à la mettre en scène, à faire le choix de la séquence et du mode de déroulement. Ainsi, ils fixent ensemble le but du jeu, en tenant compte du niveau de compréhension du patient et de ses problèmes éventuels. Le leader-maître de jeu et son équipe écoutent silencieusement le résumé du sujet choisi par le patient et chacun d'eux prépare mentalement son jeu et sa façon d'interpréter le thème, au cas où il serait choisi par le patient devant être accompagné dans sa démarche. Celui-ci est libre de choisir parmi les comédiens psychodramatistes en ne dépassant pas cinq pour son histoire. Ces acteurs vont jouer cette scène, mais ils peuvent refuser de jouer un rôle.

Mais pourquoi ne sont-ils pas obligés de jouer intégralement le rôle attribué par le patient ? Ils ne sont forcément pas obligés de jouer la scène énoncée pour des raisons manifestes : ils savent peu de choses sur la réalité du patient, sa vie et le mobile du choix du thème d'une part, et, d'autre part, certains comédiens essaient de jouer concrètement ce qu'ils ont interprété ou compris dans le discours du patient.

Par exemple : si le patient énonce son histoire en se plaignant de ses camarades de classe, de ses collègues, de ses voisins ou de ses parents et de ses proches, le comédien choisi joue un personnage sain et irréprochable pour mieux analyser ce qui peut être provocant dans le comportement de son patient. Par moment, le maître de jeu intervient, lors du déroulement de la scène, pour envoyer un autre comédien-thérapeute jouer un personnage cité dans l'histoire, afin de débloquer une situation à des moments où la scène se répète, se banalise, perdant alors de sa valeur. En revanche, lorsqu'apparaissent des éléments émotionnels tels que le rire, la colère, les larmes, etc., le maître du jeu met fin à la scène, car toutes ces émotions venant des tréfonds de la conscience sont l'expression de la réapparition du soi.

Le traitement psychanalytique chez l'adolescent, l'adulte ou même chez l'enfant affronte généralement des impossibilités défensives liées à des images, des idées ou attachées à des sentiments librement construits. Pour le cas de l'enfant, le comédien psychodramatiste peut contourner cette impossibilité qui freine l'évolution chez l'enfant par la présence des dessins, de coloriations ou de jeu de marionnettes ou simplement par toute forme d'activité qui permet des associations graphiques, jeux de courses, gestuelles, chants ou expressions verbales.

Il est donc important de comprendre que chaque séance de pratique psychodrame analytique alterne, quelles que soient ses variantes, avec des moments ou des temps d'échanges verbaux et avec des séquences de jeu scénique improvisé de psychodrame. Le lieu

doit toujours être partagé en deux parties : une réservée pour l'espace de parole et une partie pour l'espace de jeu, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de scène ni de spectateur comme le faisait Moreno, tout au début de ses expérimentations. Il faut retenir que dans un jeu psychodramatique, l'accent est sur l'improvisation d'un scénario de départ qui établit brièvement une situation à mettre en scène et les personnages appropriés. La première question d'ouverture de la séance est toujours celle-ci : « *Quelqu'un parmi nous a-t-il un problème qu'il souhaiterait explorer ou partager par le psychodrame ?* »

Un des participants aux ateliers, Madame W. de l'hôpital de Villejuif livre des témoignages lors de différentes enquêtes de cette recherche et elle dit : « *Lorsqu'on joue au psychodrame à l'hôpital dans l'espace qui nous est réservé, on parle, on bouge, on esquisse les gestes et surtout et c'est très important, on interagit avec les autres personnages. Les comédiens psychodramatistes nous disent à chaque fois que l'essence du psychodrame est de rester dans le registre, le répertoire de la représentation, c'est-à-dire le faire-semblant. Les participants doivent faire "comme si". Chacun d'eux doit comprendre qu'il ne s'agit pas de théâtre, ou d'une représentation de théâtre, mais plutôt d'improviser et de la recherche de soi.* »

Un autre exemple du déroulement de la séance d'art-thérapie en atelier de psychothérapie peut être cité puisqu'il reprend les mêmes démarches des pratiques théâtrales. Sara Bédard-Goulet explique : « *Dans un souci de répondre aux exigences d'un atelier d'art-thérapie dans notre propre atelier de lecture littéraire, nous avons choisi d'adapter une formule expérimentée par Mme Monique Coconnier, psychologue au service de psychiatrie, psychothérapie et art-thérapie de l'Hôpital Purpan à Toulouse. L'atelier se déroule de la manière suivante : accueil des participants, bref rappel des règles de l'atelier, choix individuel d'un texte parmi une sélection disposée sur la table, lecture partagée avec le groupe et discussion, écriture libre ou semi-dirigée, seul ou à deux, puis lecture des écrits, réponse à un très court questionnaire sur l'atelier, lequel est remis avec les écrits, fin de l'atelier. L'accueil des participants se fait dans la pièce destinée à l'atelier, avec le matériel préalablement disposé, afin que chacun s'installe confortablement. Une présentation de l'atelier se fait à la première séance et les consignes sont rappelées au besoin, notamment lorsque de nouveaux participants se joignent à l'atelier, et de manière régulière pour ceux dont la mémoire défaille. Le choix individuel du fragment à lire est important, car il donne la possibilité d'une rencontre entre texte et lecteur, impliquant un certain hasard, mais aussi des préférences personnelles. [...] Les œuvres étaient choisies non en fonction d'une "utilité éthique", mais de manière à aborder des thèmes et des genres variés, susceptibles d'intéresser les participants. Malgré une première appréhension à utiliser certains textes dans l'atelier, nous avons rapidement conclu que notre censure n'avait pas lieu d'être. Afin de respecter les participants et leur jugement, il est important d'offrir un large éventail d'œuvres, incluant celles considérées comme "difficiles". En présence d'une œuvre qui ne leur parle pas ou qui contient un matériel trop chargé émotionnellement pour eux, les participants choisissent en général naturellement un autre texte. Dans le cas d'un texte difficile – difficile à comprendre ou émotionnellement difficile – lu par un autre patient ou par l'art-thérapeute, il appartient à ce dernier de replacer l'œuvre dans son contexte et de servir de médiateur entre le texte et le participant. Par exemple, lors d'une séance dans laquelle nous avons constaté que notre propre extrait, tiré d'Enfance de Nathalie Sarraute, mettait mal à l'aise un patient, nous*

avons expliqué en détail notre choix et le contexte de l'œuvre, dans l'histoire littéraire et celui de l'auteure. Il s'agit alors de rendre le texte "habitable" par la médiation. »⁹²³

a) La fonction psychodrame analytique

La première idée ou la fonction principale de la pratique du psychodrame analytique à base de jeu de rôle est d'explorer, en soi, des fantasmes et des inhibitions sans aucune autocensure. Le patient est invité à mettre en scène ses fantasmes de façon qu'il soit lui-même le scénariste de ses pulsions, en empruntant directement au théâtre son jeu de rôle, sa psychanalyse freudienne, sa dimension ludique et sa spontanéité. Ce sont les raisons pour lesquelles le psychodrame analytique individuel devient petit à petit une technique très appliquée.

Ceci à un autre fondement non négligeable. Le fait de mettre en scène ses problèmes ou sa vie devant un public, de façon restreinte ou ouverte, ne prend pas la dimension d'un spectacle, mais cela a l'image d'un soutien, d'une aide ou d'un accompagnement dirigé par un directeur de jeu secondé par des cothérapeutes. Le psychanalyste et psychodramatiste Patrick Delaroche affirme que l'efficacité de l'activité thérapeutique du psychodrame repose sur la fiction du jeu qui empêche ou étouffe la censure. En effet, jouer comme au théâtre, surtout savoir bien faire semblant, permet très rapidement au patient de réduire les refoulements les plus profonds et lui permet d'aller encore plus au bout de ses fantasmes.

Le psychosociologue et écrivain français, Jacques Salomé, né le 20 mai 1935 à Toulouse, explique sa démarche de la pratique du psychodrame analytique individuel : le patient sujet d'étude doit se trouver seul avec un analyste qui parfois est appelé directeur de jeu ou leader assisté par un groupe des cothérapeutes, soit trois hommes et trois femmes. Tous ces psychanalystes sont chargés de jouer la scène du patient et chacun doit en principe jouer un rôle attribué par le patient.

Avant de commencer l'exercice, le directeur de jeu discute du scénario à jouer avec le patient. En général, le sketch est issu d'une pensée qui lui vient en tête et dont il souhaiterait comprendre les difficultés à partir de son imaginaire. Ce peut être, par exemple, une histoire de terreur de sommeil ou de nuit chez l'enfant ou un problème d'agressivité ou de concurrence chez l'adolescent comme il peut être un problème conjugal ou professionnel chez l'adulte. Lorsque le patient n'est pas en mesure de proposer une scène, le directeur de jeu commence par lui poser quelques questions pour déclencher son imaginaire et censurer les émotions qui empêchent la communication. Par exemple : « *Quelle est votre idée ?* », « *Ça se passerait où ?* » et il serait mieux aussi de chercher à savoir : « *Il y aurait qui ?* ». Jusque-là, les idées commencent à venir. Après la sélection des comédiens psychodramatistes et la répartition des tâches, le jeu peut commencer. Jean-Pierre Bourgeron, psychodramatiste, précise aussi que tout est jouable dans le jeu dans la mesure où les règles sont respectées, telles que l'interdiction de toucher les patients ou les participants en général pour éviter toute démarche de séduction. Le cothérapeute choisi par le patient ne pose aucune question, ils ne sont plus des analystes classiques. Ils jouent leurs rôles comme ils veulent. C'est donc la richesse de la méthode d'improvisation, mais le patient est tenu de travailler avec son propre

⁹²³ Sara BÉDARD-GOULET, « *Lecture et réparation psychique, Le potentiel thérapeutique du dispositif littéraire* », *op. cit.*, p. 27, s.

inconscient et avec celui des autres personnages parce qu'ils vont jouer un scénario très différent de celui qui a été imaginé par le patient. Le psychodrame permet de représenter, en long et en large, dans un mode visuel, les instances inconscientes du moi ou de surmoi, jugées sadiques qui peuvent commettre des actes de violence.

Le jeu reste dans la verbalisation. Le leader reste en écoute et il peut intervenir en cas de déviation de la scène, d'un acte manqué ou de la présence d'une parole inédite et subversive. Il peut aussi demander à un des comédiens cothérapeutes en réserve d'intervenir et de faire revenir le sens et le but du jeu. Il est le seul habilité à stopper l'exercice et à marquer la fin de celui-ci. L'interprétation de la scène est accordée seulement au patient, sujet d'étude, pour donner sa satisfaction et dire comment la scène a été jouée, ensuite le psychodramatiste intervient. Ce dernier va donner l'écart qui représente l'épaisseur de l'inconscient dont la personne faisant l'objet d'étude n'est pas en mesure de se rendre compte. Toutefois, il faut faire attention puisque les analyses données ne vont pas directement chez le patient, mais plutôt pour montrer comment la scène a été jouée pour aider l'aider à une prise de conscience. Le fait de jouer et rejouer la même scène aide le patient à progresser de séance en séance.

Patrick Delaroche explique la fonction du psychodrame analytique selon les expérimentations de Moreno en disant clairement : *« Comme on le voit, le psychodrame analytique, qui a emprunté à Moreno la spontanéité universelle du jeu chez l'être humain, a le même but que la psychothérapie : faire prendre conscience des conflits inconscients pour éviter le compromis du symptôme. Mais il n'utilise pas le même moyen, à savoir l'association d'idées, impossible pour des raisons déjà évoquées, mais aussi à cause de certaines carences culturelles. Il est donc indiqué pour une frange importante de la population des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) celle des enfants et adolescents en souffrance, désirant une aide psychologique sans cependant pouvoir y accéder et ne présentant apparemment pas de "demande", alors que le poids de leurs symptômes, scolaires en particulier, pèse sur la famille ou la collectivité.*

Le psychodrame permet donc, grâce à l'artifice du jeu, de faire parler des sujets qui ne demandaient en fait que cela ! C'est ce qui explique notre étonnement renouvelé quand un enfant ou un adolescent bloqué, fermé, réticent dans le dialogue de la consultation se met à jouer dès le début de la première séance, ajoutant même après la séance, comme l'un d'eux récemment : "C'est génial le psychodrame ! Il s'agissait d'un enfant de Medellín adopté à cinq ans et présentant à quinze ans des cauchemars répétitifs : on venait de jouer le scénario même de ses cauchemars. Car le psychodrame permet surtout au patient lui-même de découvrir que, dans la peau d'un autre, il peut enfin parler. Cela lui permet de connaître ses problèmes à travers cette identification (à lui-même), alors que jusqu'à présent seul son entourage s'en plaignait. »⁹²⁴

b) Le domaine d'intervention du psychodrame analytique individuel

Le psychodrame analytique individuel présente en général trois champs d'intérêts majeurs : le champ du diagnostic, le champ thérapeutique et enfin le champ de formation.

⁹²⁴ Patrick DELAROCHE, « Le psychodrame psychanalytique individuel », *Enfances & Psy* 2000-4, n° 12, p. 89-95. p. 3.

Le champ du diagnostic, dans l'activité du psychodrame analytique individuel, permet au patient de participer lui-même au travail qui le concerne et d'essayer de découvrir et de comprendre son mode de fonctionnement mental. Dans ce champ du diagnostic, Patrick Delaroché explique dans l'article précité en prenant quelques exemples d'expérimentations pour appuyer son analyse : « *Il arrive fréquemment qu'il soit impossible cliniquement de se faire une idée de la place du symptôme ou de la structure du sujet. Deux exemples très récents montreront au contraire comment une seule séance de psychodrame psychanalytique individuel peut nous éclairer.*

X. ne demande rien. Il a le visage triste et fermé de quelqu'un qui a épuisé, en vain, quatre psychothérapeutes successifs. Ce n'est pas lui qui a arrêté : à chaque fois, le thérapeute lui a proposé de revenir... s'il le souhaitait. Il souffre, parce que les autres le tarabustent. Les profs lui disent qu'il a un problème. Sa mère le conduit de spécialiste en spécialiste. Elle l'a eu d'un homme marié qui ne s'est jamais occupé de lui et pense que tout le problème est là. Il accepte le psychodrame d'un air désabusé. À la première scène, nous jouons le couple mère-fils. Dans le rôle du fils, il est collé à sa mère, lui répond comme un bébé, puis comme un fils unique, comme un amant presque (la thérapeute jouant progressivement sur tous les registres), puis comme un mari et un père quand le directeur de jeu fait intervenir successivement la sœur et son petit ami, puis la sœur aînée. Il nous montre dans le jeu le lien réellement incestueux qui l'empêche d'avoir tout désir autre et bien sûr... celui de savoir.

Y. se fait renvoyer sans cesse du collègue. Il est le fils unique d'une veuve portugaise venue après la mort de son mari travailler seule en France. Très vite, l'enfant commençant à se dissiper au Portugal où il a été recueilli par sa tante, sa mère l'amène clandestinement avec elle. Actuellement à 13 ans en 6e, il travaille moyennement, mais surtout est présenté par le lycée comme un cas pathologique et asocial. N'a-t-il pas été jusqu'à marquer à l'encre de Chine la voiture d'un professeur femme ? Or, il adhère immédiatement aux consignes du psychodrame et comprend vite l'intérêt du jeu. Les scènes montrent que sa mère le surprotège (elle l'a lavé jusqu'à une date récente) d'une façon quasi incestueuse et, ce qui en est fréquemment le corollaire, sévit de façon sadique quand elle est à bout. Bien entendu, elle évite que son ami intervienne ou dise son mot, alors que l'enfant ressent le besoin de l'autorité : cette situation d'enfant roi existait déjà au Portugal et peut-être avant le décès du père. Y. est très assidu et montre que ses passages à l'acte ont en fait une visée autopunitive. »⁹²⁵

L'intérêt du champ thérapeutique découle directement de l'intérêt du champ du diagnostic. Tout d'abord, il faut comprendre que, dans le travail du psychodrame, ces deux temps sont inséparables ou plutôt complémentaires d'une part, et, d'autre part, parce qu'ici le patient participe et arrive à maîtriser le processus thérapeutique très rapidement et bien mieux qu'en psychothérapie. L'enfant ou l'adolescent n'est jamais passif lors de l'expérimentation. Parfois, lors d'une deuxième séance, l'enfant propose lui-même d'inverser les rôles après avoir joué le sien. Cela est très intéressant puisque ça l'aide de comprendre ce que les autres rôles donnent.

⁹²⁵ *Ibid.*, p. 3, s.

« Cette participation, toujours étonnante, a cependant une limite : l'enfant n'accepte plus de parler en jouant dès que le jeu revêt tant soit peu la forme de l'interrogatoire. Aussitôt, le jeune patient se ferme. C'est que la tentation est grande, pour les cothérapeutes débutants, d'arriver enfin à savoir ce qu'on leur "cachait".

En revanche, seule la participation réelle et active des adultes dans le jeu peut permettre à certains patients particulièrement silencieux de dévoiler leur position subjective. Le doublage qui consiste à se placer derrière le patient pour dire ce qu'on imagine qu'il pense a souvent un résultat étonnant : le patient ose dire ce qu'il pense et reprend le discours du double. Cette efficacité du psychodrame peut servir à débloquent une psychothérapie et il arrive souvent qu'on nous confie un jeune sujet qui ne veut pas arrêter son traitement, mais qui n'arrive pas à parler. Le psychodrame agit alors parallèlement au traitement individuel jusqu'à ce que le but soit atteint. »⁹²⁶

Le dernier intérêt est le champ de formation qui apporte un rôle considérable dans la formation des psychodramatistes, des psychothérapeutes ou de tous les professionnels qui participent dans la démarche de soins du psychodrame. L'atelier du psychodrame psychanalytique individuel permet de mettre en place une confrontation d'idées pour tous les participants, une initiation aux mécanismes de l'inconscient, mais aussi il facilite une révélation d'un problème personnel au professionnel soignant ou aux étudiants en formations, ignoré ou qui n'est pas encore analysé. Patrick Delaroche poursuit son article et précise : « En contraste avec le secret de la psychothérapie et de la psychanalyse, il offre un champ d'applications thérapeutiques vérifiables et contredit presque les accusations de non-scientificité faites à l'analyse.

En revanche, car là aussi il y a un envers, l'intensité émotionnelle de certains jeux fait que la plupart du temps les protagonistes oublient quasi immédiatement ce qui vient de se passer. Ce refoulement quasi immédiat illustre la force de nos propres mécanismes de défense, c'est pourquoi nous avons eu recours à l'enregistrement pour notre travail théorique. »⁹²⁷

2) Le dispositif individuel

Dans cette partie, il y a quelques éléments qui sont cités encore une fois par nécessité. Il est mieux de le préciser pour éviter qu'ils soient considérés comme répétition.

Le dispositif individuel est constitué d'une équipe de plusieurs psychanalystes psychodramatistes exerçant autour d'un seul patient. En principe, ils sont au nombre de deux à cinq et ils ont pour unique fonction de participer au scénario du psychodrame. Parfois, ils sont appelés des acteurs ou des comédiens cothérapeutes. La séance de psychodrame est toujours dirigée par le directeur de jeu (meneur de jeu), lui ne joue pas, il observe. Il est le seul responsable habilité à dialoguer avec le patient, même en dehors des scènes jouées. Il met en place des rencontres préliminaires afin de discuter et de mettre en application le projet de thérapie psychodramatique.

La partie expliquant le processus, le choix des acteurs-thérapeutes, l'attribution des rôles et le déroulement est déjà bien exploitée dans la partie intitulée « le déroulement du psychodrame en atelier » de ce même Paragraphe 2. Toutefois, dans un premier temps de

⁹²⁶ *Ibid.*, p. 4, s.

⁹²⁷ *Ibid.*, p. 5.

l'atelier, le maître du jeu aide le patient à faire la mise en place et à la définition du scénario imaginé par patient lui-même.

a) Les techniques du théâtre dans la psychanalyse psychodramatique

Il y a dans cette partie d'étude des techniques de transformation qui apparaissent comme l'originalité du psychodrame, par exemple la technique de la frustration. Elle survient en psychodrame lorsque le psychodramatiste refuse de travailler un ou des personnages que l'enfant lui propose dans le déroulement du scénario surtout quand il constate que ce rôle lui permettrait de se désengager d'une responsabilité personnelle dans la situation. Le psychodramatiste maître du jeu est tenu donc de représenter la réalité de l'histoire face aux désirs de l'enfant. S'il persiste et il refuse de jouer le jeu, cela signifie qu'il veut contrer ou empêcher la répétition du même rôle pour remanier son appareil psychique.

Il y a d'autres types de frustrations qui peuvent se manifester lorsque le jeu du psychodramatiste est jugé rigoureux et sobre face au sujet que le patient attend pour s'épanouir. Certaines résistances et oppositions ont des formes particulières dans les séances de psychodrame telles que les mécanismes de défense visant à étouffer l'angoisse ou les jeux qui visent à se prémunir du fait de manifester symboliquement la situation conflictuelle. Toutefois, lorsque le patient a la volonté de participer et qu'il se présente chez le psychodramatiste, cela montre déjà qu'il fait face à la résistance et à l'angoisse dont il souffre. Il peut aussi être atteint d'un trouble de passage à l'acte dramatique par le fait de la présence d'une pensée taboue liée au contact physique, raison pour laquelle le directeur du jeu doit expliquer que le travail est ou a un plan strictement verbal.

Les techniques du théâtre dans la psychanalyse psychodramatique donnent naissance à trois dynamismes différents dans la pratique de l'atelier du psychodrame. Il y a l'efficacité symbolique, les effets cathartiques et enfin l'exercice des rôles.

Dans le premier point qui est l'efficacité symbolique, il y a trois registres indispensables dans le processus du psychodrame : l'imaginaire, le réel et le symbolique, c'est-à-dire l'exercice de la réalité présenté par la capacité d'assumer les rôles et d'adhérer à la règle de faire semblant – « *comme si* ». Chaque thème qui donne des expressions fantasmant le patient se situe dans le registre de l'imaginaire. Parfois, il est encore risqué que certains thèmes soient enregistrés et privilégient la réalisation des fantasmes. C'est pour cette raison que Moreno a imaginé très rapidement l'idée de faire intervenir le personnel de soins – des comédiens – cothérapeutes dans le but de contourner la satisfaction narcissique d'une activité ou jeu dont l'imaginaire se fonderait complètement sur le désir du sujet. Dans l'activité psychodramatique, le dialogue véhiculé par le temps dramatique – le geste, la parole et le silence (actions, silences et mots) – entre le patient et les auxiliaires de soins garantit la fonction symbolique similaire à la parole en psychothérapie individuelle. Ainsi une fantaisie imaginaire dépourvue de signification symbolique comme la répétition ou la représentation intégrale d'un récit déjà lu et vu au cinéma, son efficacité symbolique dans le jeu du psychodrame reste le même ou elle est de même nature que celle attendue et issue des jeux spontanés ou des dessins libres en psychothérapie conventionnelle.

Dans le deuxième point, il y a les effets cathartiques. Le but du psychodrame est de motiver le patient à manifester ses ressentis. En général, le fait d'extérioriser une émotion aide

ou soulage l'individu. Toutefois, la catharsis psychodramatique reste différente dans le processus du jeu théâtral. Ce dernier permet au patient de s'attacher aux émotions et aux expressions propres au personnage ou au rôle joué et de revivre quelques situations passées et surtout d'en retrouver le contexte émotionnel et de reprendre acte sur soi-même. Dans ce même angle d'observation, le jeu théâtral permet de découvrir des tendances affectives cachées il y a longtemps, dont le développement n'avait pas été facile ou même possible pour plusieurs raisons telles que l'interférence de différents mécanismes de défense ou l'absence d'occasion favorable. Par exemple, après le déroulement de l'exercice, l'enfant inhibé assimile des choses dans son rôle joué et retient un certain comportement à mettre en place et ainsi découvre une autre ou nouvelle manière d'être. En effet, le savoir-faire des comédiens psychodramatistes réalise un nouveau mode ou construit un nouveau monde. Il est possible de tout rejouer et de tout revivre.

Dans le troisième et dernier point, l'exercice des rôles, le patient peut jouer son propre rôle ou le rôle d'un autre personnage. Lorsqu'il joue son propre rôle en psychodrame, il est confronté à des résultats illimités d'attitudes réalisables. En revanche, le but est atteint davantage lorsqu'il joue un rôle d'un autre personnage : par exemple, l'enfant joue le rôle de son père ou de sa mère, c'est un rôle qui lui est étranger, il occupe alors une place inhabituelle, mais qui lui permet d'éprouver une meilleure compréhension, tant de la relativité des rôles que des situations vivables. Cela ne se résume pas uniquement dans le sens de bien comprendre réellement qui est son père ou sa mère, mais il peut aussi ressentir la lourdeur d'être un parent et comprendre qu'il n'est pas facile d'honorer ses obligations. Il doit donc assimiler ce rôle pour pouvoir l'assumer dans son personnage. L'enfant opte pour un changement de comportement psychologique et personnel afin d'améliorer ses soins.

b) Les effets psychothérapeutiques du psychodrame analytique individuel

Les effets thérapeutiques directs du psychodrame individuel se rassemblent dans la prise de conscience du sujet mis en expérimentation, le psychodrame chez l'enfant par exemple. À travers les exercices d'improvisations dramatiques, l'enfant engage le chemin de la découverte de façon plus ou moins implicite. Il apprend petit à petit que certains rôles qu'il a joués ont ou représentent pour lui des responsabilités, des charges ou des significations qu'ils lui paraissent très difficiles à tenir – à incarner particulièrement : par exemple, le fait de jouer des rôles parentaux ou à la place des camarades de classe, des rôles fictifs ou plutôt des rôles chargés des valeurs symboliques portant sur certaines images de la famille ou des proches. Il peut aussi s'agir de son propre personnage qu'il hésitait à assumer. Les effets de la prise de conscience commencent à partir de la dimension imaginaire de tous les rôles joués lors de l'atelier. Cette prise de conscience intéresse cette recherche dans deux sens. D'une part, elle permet au patient ou à l'enfant mis en atelier de découvrir les rôles ou personnages qui lui sont très difficiles à incarner ou à assumer et, d'autre part, elle lui permet encore de prendre conscience des rôles imaginaires qu'il a joués et qu'il projette dans son univers réel pour les confronter à sa réalité.

À la fin de l'exercice, l'analyse du thème est aussi importante. Dans certaines situations, l'analyse et l'interprétation du sens symbolique sont souhaitables voire indispensables, surtout si le moment ou la situation sont flagrants et si le fait d'apporter plus

d'explications facilite la compréhension et la maîtrise de cette situation. Il en est de même lorsque les sentiments ou les émotions mobilisées sont beaucoup plus intenses et qu'il est très risqué de les passer sous silence afin d'éviter l'inhibition, le trouble émotionnel ou la gêne chez l'enfant. Il est important de souligner que l'interprétation doit être brève et explicative. Elle n'a pas besoin d'être longue et complexe. Le directeur de jeu doit en principe donner une simple accentuation à la formulation des improvisations faites et préciser le sens symbolique qui se dessine dans chaque action jouée. C'est donc une manière d'activer, de corriger et de pousser la prise de conscience de l'enfant et aussi de ses attitudes envers les autres. Le psychodrame aide l'enfant dans sa prise de conscience à rompre et à se débarrasser des implications imaginaires, en lui prêtant très rapidement une autre manière de regard ou de mode de vie tant dans son propre rôle que ceux des autres. Il lui arrive enfin de comprendre la portée symbolique des situations dans lesquelles il est placé. C'est ainsi qu'émerge et se développe naturellement le sens de la réalité de vie du patient – l'enfant. C'est un mécanisme de dégagement du « moi » qui s'oppose très concrètement à l'ensemble des opérations défensives. Jouer de manière réaliste les rôles de son existence, la scène réelle, aide à entrer dans le sens et dans la restructuration de la personnalité. C'est là la force probante et la richesse technique du psychodrame – c'est faire comprendre à travers le jeu de rôle, tous les investissements possibles envers des personnages de la réalité de la vie externe et/ou interne, mais aussi les différentes identifications ou les sentiments affectifs mettant en question la personnalité réelle du patient.

B] LE PSYCHODRAME DE GROUPE

Dans le processus culturel artistique et théâtral psychodramatique existent, de manière générale, des activités de groupe appelées psychodrames de groupe. Cette manière de travailler l'art de Molière en groupe permet à chaque membre du groupe de mettre en scène son histoire ou de jouer une situation de sa vie, qu'il s'agisse de son passé ou de son présent. L'aide du groupe et celle du directeur de jeu permettent de mieux comprendre ce qui s'est passé lors du déroulement de l'exercice. Le psychodrame du groupe se déroule de façon ouverte sous trois angles de recherche et de mise en situation.

- L'angle numéro 1 est la préparation de la scène : le choix du thème à jouer par le groupe de recherche. Celui qui fait le choix du thème choisi parmi les membres du groupe ceux qui vont jouer le scénario avec lui.

- L'angle numéro 2 est le jeu : chacun des membres du groupe participe soit en tant que comédien acteur de sa vie, soit comme spectateur, soit en qualité de figurant ou de spectateur.

- L'angle numéro 3 est l'analyse des performances des membres : chacun exprime à la fin de l'exercice ce qu'il a ressenti et tout ce que la situation mise en évidence a évoqué pour lui. La présence de la démocratie participative est vivement constatée à la fin de l'exercice. Le maître du jeu, après avoir orienté l'activité théâtrale, aide l'ensemble des participants à comprendre la mise en scène. Il y a d'autres éléments à prendre en compte dans chaque travail de groupe. Il s'agit des personnes concernées. Le groupe doit être composé par cinq personnes au minimum et huit personnes au maximum. Il y a plusieurs manières de composer le groupe : soit par des personnes souffrant des mêmes troubles psychiques ou réunissant les mêmes symptômes ou des troubles somatiques divers soit par des personnes qui ne présentent pas les

mêmes douleurs ni souffrances ni la même maladie. Lorsque le groupe est composé par un groupe varié, la valeur de l'expérience devient très enrichissante, puisque chaque membre apporte sa contribution et sa richesse. Il y a donc une ouverture à différents modes de vie et à plusieurs façons d'être et de penser. La durée des séances du psychodrame est en principe une fois par semaine avec une durée d'une heure ou de deux heures selon la motivation des participants pendant douze mois à dix-huit mois ou vingt-quatre mois si vraiment une nécessité de prolongation s'impose. Si la composition ne varie absolument pas, sa durée reste indéterminée puisque le groupe devient lent – c'est un groupe lentement ouvert. Il y a deux possibilités d'accéder à ce groupe : soit par les différentes places laissées ou indisponibles soit en fonction des départs.

Durant l'exercice du psychodrame de groupe, la dimension groupale est placée au centre de la recherche et du travail interprétatif de chaque analyste. Ils forment un demi-cercle dans l'aire de parole sous le regard des analystes psychodramatistes. Une particularité est à faire remarquer ici : il n'y a pas un meneur de jeu comme dans l'expérimentation du psychodrame individuel. C'est dans l'ensemble du groupe que les échanges et les associations de chacun sont sollicités dans les débats de séance et c'est tous ensemble que se décide quand il faut jouer le scénario de base – improvisation, les rôles à mettre en place et qui doit incarner les personnages. Il est évident bien sûr que pendant ou à la fin de l'exercice, certains participants peuvent s'identifier – consciemment ou inconsciemment – à d'autres personnages du groupe afin de pouvoir mobiliser des identifications conflictuelles ou de mobiliser des nœuds ou des émotions qui lui sont propres. La plupart des analystes affirment que le travail du groupe assure à tout un chacun une enveloppe psychique apaisante d'un côté, et, de l'autre, une source de transformation bien ordonnée par les analystes. Ce même travail favorise l'élaboration des liens entre membres de groupe, tisse une phase d'échange entre eux et permet davantage une reprise de valeur et de vie psychique. Chacun joue et rejoue dans le groupe ses aléas jugés traumatiques, ses liens familiaux et les obstacles de son histoire. Le psychodrame est jusqu'à aujourd'hui une figuration des liens inconscients qui se jouent en activités dramatiques entre les patients, les participants – le groupe et les psychodramatistes dans les centres des soins psychiatriques ou d'autres centres réservés.

1) La proposition d'une séance de psychodrame psychanalytique de groupe

Tout d'abord, la proposition d'une activité psychodramatique groupale dépend du nombre des participants ou des patients choisis, du mode d'intervention des psychodramatistes ou des analystes et du type de scénario de psychodrame mis en scène. Le psychodrame psychanalytique de groupe peut être proposé au patient soit comme une alternative à une thérapie engagée, soit comme une analyse classique. Toutefois, dans d'autres situations, cette indication est proposée de façon complémentaire en accompagnement avec une prise en charge individuelle. Avant de laisser le patient exprimer son consentement, il faut lui expliquer que des reprises et des discussions avec son maître du jeu du psychodrame individuel sont prises en compte pour faciliter la prise de décision et de diagnostic dans son rapport au psychodrame de groupe auquel il a participé. Lors du travail collectif, le sujet n'est pas le seul à improviser son propre rôle. Il y a la participation du groupe et toute improvisation devient l'œuvre d'un ensemble. Il s'agit donc de co-improvisation. Dans la

section suivante, la valeur ce travail évoque aussi la dimension juridique de coproduction des œuvres des patients.

a) Le psychodrame psychanalytique de groupe dans un atelier de théâtre

Travailler en groupe dans le psychodrame élargit considérablement l'observation du traitement psychologique chez l'adolescent ou même chez l'enfant. Cet avantage ne se limite pas au fait qu'il s'adresse à des structures ou à des organismes mentaux qui ne pourraient pas en bénéficier tels que les névroses de la psychothérapie, mais il va jusqu'au cadre nosologique et il augmente les moyens d'un traitement psychologique. Dès le début de l'expérimentation de la psychanalyse, celle-ci s'intéresse aux troubles de l'enfant fondés sur la psychose, tout en excluant les débiles dans l'exercice. Les résultats de l'expérience de Maud Mannoni⁹²⁸ ont montré largement que la débilité ou l'imbécillité pouvait certainement être une forme d'explication tant du côté névrotique que de celui du psychotique. Son expérience était une analyse qui a tenté, avec un certain succès, surtout dans la forme grave de débilité psychotique, de soigner les troubles en faisant usage de dessins, de marionnettes, de pâte à modeler ou de poupées, moyens dont certains s'associent au psychodrame. Cette même technique est similaire à celle utilisée pour les syndromes autistiques qui parfois bénéficient en permanence des techniques dérivées de la psychanalyse. Il n'y a donc pas de structure mentale qui ne bénéficie pas de ce genre d'analyses. Lorsque dans un atelier de psychodrame psychanalytique de groupe, il y a une stricte application des règles associées à la psychanalyse, cela peut probablement bloquer l'épanouissement du sujet pour des raisons de complexité à la fois culturelles et symptomatiques. La présence de certaines inhibitions, très fréquentes en tant que formes de névroses, obsessionnelles par exemple, peut pousser au psychodrame. Il y a des cas qui permettent de lutter contre la dépersonnalisation de façon directe comme le fait de créer une alliance entre le geste et la parole, ou la voix et le regard, ou le geste et le silence, ou la parole et le silence – c'est le cas des psychoses dissociatives. L'activité théâtrale facilite chez le patient la faculté d'éradiquer des inhibitions intellectuelles partielles ou globales, puisque celles-ci peuvent aussi paralyser la démarche des soins psychothérapeutiques. L'initiative unipersonnelle du passage à l'acte, motivée par la volonté de changer, constitue un bon signe qui permet de prendre la mesure de sa valeur autocorrective.

Cette observation est fréquemment utilisée chez les juristes confrontés à certaines normes de la loi ou des réglementations et cherchant des circonstances atténuantes ou aggravantes. De façon générale, toute situation provocatrice joue un rôle au psychodrame du sujet et lui permet de s'identifier à l'acte antagoniste, qu'il soit rival ou persécuteur ; tout cela se déroule avant qu'il saisisse sa propre implication ou s'interroge sur elle. Dans ce genre de situations, le juge peut soumettre le mental du patient à une étude d'expert avant de se prononcer. Il a cette possibilité selon l'article 156 du Code de procédure pénale qui dispose que : « *Toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique, peut, soit à la demande du ministère public, soit d'office, ou à la demande*

⁹²⁸ Maud MANNONI est une psychanalyste néerlandaise, née le 22 octobre 1923 à Courtrai et morte à Paris le 15 mars 1998. Elle est une grande figure de l'éducation, mais aussi de la science française de la psychanalyse. Elle est une personne importante du mouvement lacanien et créatrice d'espace analytique.

des parties, ordonner une expertise. Le ministère public ou la partie qui demande une expertise peut préciser dans sa demande les questions qu'il voudrait voir poser à l'expert.

Lorsque le juge d'instruction estime ne pas devoir faire droit à une demande d'expertise, il doit rendre une ordonnance motivée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande. Les dispositions des avant-dernier et dernier alinéas de l'article 81 sont applicables.

Les experts procèdent à leur mission sous le contrôle du juge d'instruction ou du magistrat que doit désigner la juridiction ordonnant l'expertise. »⁹²⁹

Il en est de même lorsque l'enfant se plaint des autres et que le psychodramatiste n'est pas en mesure de formuler un jugement ni de justifier l'acte des autres. Il est en position d'impuissance et il se sent débordé et sans moyens. La situation reste critique et défensive. Le psychodramatiste maître de jeu est incapable de faire la part des choses. Il se trouve dans l'impossibilité de s'identifier au problème dont se plaint le patient pour pouvoir tenter de le consoler ou de refouler sa plainte et lui permettre de s'imaginer au même niveau que celui de l'agresseur. Certes, le psychodramatiste est dans l'embarras, mais tout est jouable sur scène. Ceci veut dire que la seule solution qui lui reste est de mettre en scène le scénario en inversant les rôles. L'enfant plaignant jouera la place de son agresseur et l'agresseur la place de sa victime – l'enfant. Ce qui permettra sans doute d'avoir le plaisir de jouer ; mais inconsciemment la solution surviendra dans la conscience de l'ensemble des protagonistes. Toutefois, le sujet lui-même, en jouant l'agresseur, peut comprendre son implication de manière clairement définie sans se sentir victime de façon permanente. Il faut admettre aussi que l'enfant agisse parfois par peur et par sentiment inconscient de culpabilité, mais aussi en raison de sa situation à laquelle il se juge lui-même incapable de répondre, de se défendre ou pour laquelle il manque de mots pour riposter. C'est donc dans le psychodrame que l'enfant arrivera à dépasser ce genre de situations.

b) Le déroulement de l'atelier

Comme dans le psychodrame individuel, les séances du psychodrame de groupe se déroulent en trois temps importants et complémentaires :

- Le premier temps est celui de la conception et de l'élaboration d'un scénario groupal tout au début de l'association des idées de chaque participant, ensuite le choix des participants et leurs rôles. Chacun d'eux peut imaginer son rôle et sa manière d'intervenir selon la situation fictive choisie par le groupe. Nul n'est tenu obligatoirement de jouer. Il est laissé à l'appréciation du participant de donner son consentement et de participer volontairement. Le psychodramatiste oriente et soutient la mise en œuvre du scénario tout en soulignant les éventuelles évolutions de l'activité du groupe, ou tout indice de résistance groupale freinant la démarche psychodramatique du groupe.

- Le deuxième temps est celui de la mise en jeu du scénario psychodramatique de groupe. En principe, le scénario psychodramatique se déroule dans l'aire de jeu et ceux qui ne jouent pas restent en observation de la scène depuis l'aire de parole. Or, rien ne les empêche, s'ils le souhaitent, d'intervenir en cours du jeu. Il suffit à celui qui désire participer

⁹²⁹ Légifrance, Code de procédure pénale, version en vigueur au 10 mars 2004, consulté le 18 mars 2019.

d'annoncer le personnage qu'il va jouer et s'ajoute ouvertement à la scène en cours. Cependant, le psychodramatiste peut participer au jeu soit à la demande du groupe ou soit à sa propre initiative ; son rôle apporte au scénario une valeur d'interprétation ou de déblocage.

- Le troisième temps est celui de la reprise du scénario, c'est un temps très difficile puisqu'il va se poser des questions, dans un premier temps, sur l'expression verbale, puis, en un second temps, sur les vécus et les associations mentales de chaque participant du groupe, c'est-à-dire tous les acteurs de la scène et même les spectateurs y figurant. Dans la reprise du scénario, les observations des spectateurs-voyeurs sont aussi acceptées en qualité de retours du grand public. Le psychodramatiste intervient ou interprète les mouvements groupaux, mais rarement les actions individuelles. Il répond aux questions des participants ou du grand public pour améliorer la reprise du scénario. Il est donc évident qu'après avoir procédé à l'ensemble des observations psychodramatiques groupales, la verbalisation par chacun des patients de ses vécus très personnels, provoqués par la mise en jeu d'une scène psychodramatique, permet à tout un chacun d'élaborer et de s'approprier très rapidement les effets émotionnels et/ou les souvenirs personnels les plus lointains.

Dans l'ensemble des observations faites par cette recherche, il se déduit que ce dispositif de travail en groupe permet à chaque participant de faire des remaniements personnels.

2) Le psychodrame psychanalytique individuel en atelier de groupe

Il est aussi possible en psychodrame de groupe d'analyser individuellement un sujet soumis à des études psychodramatiques. L'atelier prend la forme d'un psychodrame individuel, mais il s'organise et se déroule en présence de plusieurs participants. En revanche, chaque participant est au centre de l'attention du psychodramatiste le temps du déroulement des ateliers.

Les dispositifs d'atelier en groupe sont comme dans le dispositif du psychodrame individuel : chaque patient choisit et décide lui-même à son tour de son propre scénario ; mais les autres patients peuvent aussi avoir des rôles à la demande du patient dont c'est le tour de proposer son scénario. Il peut y avoir une autre participation des psychodramatistes, à la demande du patient initiateur du scénario de groupe ou de leur propre initiative, pour des raisons de déblocage d'une situation inattendue dans la scène. L'équipe des psychodramatistes accompagne de près l'ensemble des patients et surtout celui qui définit le scénario et la mise en scène du jeu dramatique. Ils l'aident à proposer et/ou ils élaborent ensemble avec lui, mais en principe ils ne jouent pas de rôle. Une partie des analystes reste à l'écoute des mouvements groupaux et retransmet leur analyse enfin de séance : une observation ou une synthèse du scénario. Le fait d'alterner les promoteurs des scénarios sous forme d'enchaînement des uns et des autres participants apporte souvent une valeur associative groupale, mais l'attention, l'interprétation et l'observation du psychodramatiste restent plus individuelles que groupales. Comme certains psychodramatistes l'affirment, le groupe de travail fonctionne ici comme une caisse de résonance dans l'ensemble des scénarios et non comme moteur du travail.

a) L'analyse de groupe.

Dans l'expérimentation groupale, il y a trois éléments indispensables à l'analyse de groupe :

- Le premier élément est le principe de résonance : ici, il existe dans l'atelier de groupe une stimulation dans le rôle ou dans la fonction auto-soignante. Ceci veut dire que la méthode du savoir-faire dramatique, qui met les autres participants en phase d'observation de leur parole, de leur écoute, de leur façon d'agir et leur manière d'être, provoque chez les participants des résonances telles que : « *Je pense que...* », « *Cela me fait penser à ...* », « *Et si on fait comme ça...* » ou « *L'autre fois, ce qu'on avait fait n'était pas ...* », etc. L'ouverture ainsi installée permet de prendre de la distance par rapport à des obstacles qui auparavant étaient considérés ou jugés très difficiles à surmonter puisqu'ils étaient assimilés à des causes extérieures. Par cette recherche, il est clairement compréhensible dans les ateliers théâtre qu'une personne souffrante peut toutefois aider une autre personne malade, présentant les mêmes symptômes ou d'autres, à travers une compréhension réciproque du scénario.

- Le deuxième élément est le sentiment d'isolement : quelquefois, le patient se sent ou a un sentiment d'isolement. Il est atteint de la maladie de la solitude. Il pense à tout moment qu'il est seul, surtout face à des problèmes insurmontables, et incapable de pouvoir imaginer un moyen de s'en sortir – une issue possible. Il essaie de faire comprendre à tout le monde qu'il est isolé et que personne ne lui apporte aucune attention. L'accompagnement, la participation et la confrontation à d'autres patients membres du groupe apportent un sentiment de soulagement, un soutien moral et un allègement de la souffrance psychologique. C'est le premier pas du psychodrame psychothérapeutique.

- Le troisième élément est le sentiment d'existence : le travail d'écoute des autres renforce le sentiment d'existence et amène les patients à mieux se connaître et à mieux savoir se défendre face à toute chose qui jusqu'à présent apparaissait menaçante dans telle ou telle situation. La technique de verbalisation dans la mise en scène des situations liées à des difficultés personnelles aide en permanence le patient à prendre position dans le développement de soi-même.

Dans chaque analyse les membres du groupe s'expriment verbalement et procèdent à une phase d'échange dans le principe de la démocratie participative – échange libre dans un dialogue ouvert entre tous les membres, et avec le psychodramatiste qui aide à la compréhension du scénario et à résoudre les problèmes survenus sur la scène, tant en groupe qu'individuellement, et enfin, il facilite la réinsertion sociale de chacun. Certes, son implication est différemment constituée dans l'atelier et, par conséquent, la progression des participants sera inégalement établie, comme dans le développement relationnel et comportemental. À chaque début de séance, quatre règles principales sont expliquées avant le commencement de l'exercice : il faut respecter le secret du groupe, les règles de discrétion, les règles d'abstinence et d'assiduité, et enfin s'abstenir de se rencontrer en dehors de l'atelier.

b) Pourquoi le psychodrame dans le processus de soins du patient ?

Ce n'est pas en fonction de telle ou telle pathologie que le médecin pensera à proposer à son patient la thérapie du psychodrame mais c'est plutôt en fonction des douleurs, des

difficultés de se prononcer, de rêver, des problèmes de psychose ou de somation, des difficultés de symboliser ou de mettre en mots les histoires vécues ou les différents conflits internes ou externes. Il y a des moments où le patient ne se souvient de rien et se retrouve confronté à des vécus vides et blancs. Il est en pleine confusion quant à son passé : sans aucun souvenir ni d'événements, ni de rêves, ni de jeux. Il est sans fantasme ni imagination et il ne se sent pas un sujet maître de sa vie ou de son corps. Il présente souffrance et blocage dans ses relations amicales, amoureuses, professionnelles et/ou familiales. Dans ce genre de situations, le patient se sent aliéné par sa propre vie et se sent décalé ou coupé de ses propres sentiments.

Tous ces éléments indispensables précités dans l'activité du psychodrame ne sont pas entendus de façon exhaustive, mais ils permettent de démontrer l'esprit dans lequel le champ du psychodrame est indiqué et de comprendre comment il doit se terminer. C'est dans ce sens que, la plupart du temps, le patient qui a bien suivi le psychodrame est en difficulté pour dire qu'il ne veut plus continuer son traitement parce qu'il se sent déjà en dette vis-à-vis du groupe auquel il a participé, mais aussi parce qu'il est dans l'embarras du choix. Le psychodrame n'a été pour lui que le moyen de pouvoir comprendre le pourquoi, l'utilité de ses paroles et la valeur d'un traitement qui est en cours et qui est loin d'être terminé. L'important du psychodrame dans le processus psychothérapeutique est d'offrir de façon idéale une ouverture à la psychothérapie psychanalytique. L'avantage de cette activité dramatique dans les centres hospitaliers est que le patient, qui n'osait pas prendre la parole devant un public, devient leader dans les milieux et les espaces publics. Surtout, il s'éloigne de l'obstacle qui l'empêche de parler de sa maladie devant un public. Il ne considère plus sa maladie comme un sujet tabou, mais plutôt comme une évidence qui mérite d'être partagée. Elle n'est plus une honte, il a retrouvé dans la honte qu'il avait une certaine dignité. Les patients trouvent une certaine levée du refoulement dans leur précédent langage qui n'était que du mépris pour soi-même.

SECTION II - ATELIER DE CRÉATION ARTISTIQUE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

Le « *Programme de la Culture à l'Hôpital* »⁹³⁰ prend appui sur les droits culturels, la Déclaration de Fribourg, pour mettre en place les activités artistiques et culturelles dans les établissements de soins ou dans la politique générale de santé publique. Ce même dispositif fait référence à l'article 5 de la même Déclaration, donnant accès et participation à la vie culturelle, qui dit que : « *a. Toute personne, aussi bien seule qu'en commun, a le droit d'accéder et de participer librement, sans considération de frontières, à la vie culturelle à travers les activités de son choix.*

b. Ce droit comprend notamment :

- *la liberté de s'exprimer, en public ou en privé dans la, ou les, langues de son choix ;*
- *la liberté d'exercer, en accord avec les droits reconnus dans la présente Déclaration, ses propres pratiques culturelles et de poursuivre un mode de vie associé à la valorisation de ses ressources culturelles, notamment dans le domaine de l'utilisation, de la production et de la diffusion de biens et de services ;*

⁹³⁰ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

- la liberté de développer et de partager des connaissances, des expressions culturelles, de conduire des recherches et de participer aux différentes formes de création ainsi qu'à leurs bienfaits ;
- le droit à la protection des intérêts moraux et matériels liés aux œuvres qui sont le fruit de son activité culturelle. »⁹³¹

En fonction de ce dernier alinéa de l'article 5, ce travail de recherche parlera aussi dans les titres suivants de la valeur juridique de coproduction des œuvres des patients à l'hôpital ou dans les centres psychiatriques.

PARAGRAPHE 1 - L'ATELIER ARTISTIQUE ET THÉÂTRAL DU COMÉDIEN - ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ

Au sein des établissements de soins, psychiatriques ou non, l'atelier théâtre apporte des valeurs tant dans les soins psychologiques du patient que dans les soins physiques et socioculturels. Il propose chez le participant des conduites artistiques qui répondent à des valeurs de pratiques culturelles et de manières de penser ou d'agir. La plupart du temps, c'est un travail qui reflète une orientation idéologique d'un établissement de santé, dont l'exercice se déroule en forme de chantier de recherche sur la santé du patient.

A] LA CONDUITE ARTISTIQUE DE GÉRARD CREUX⁹³²

Qu'est-ce qu'une conduite artistique menée par un comédien ou un éducateur spécialisé selon Gérard Creux ?

Dans le travail ou le projet artistique et éducatif, le comédien acteur social peut mener une conduite artistique. Cette conduite comprend à la fois un courant de pensée associant une manière de penser, de voir, d'agir sur des choses orientées par certaines valeurs, mais aussi par certaines normes bien définies sur un schéma social et culturel. Le comédien utilisant le théâtre comme moyen visant à faciliter la réinsertion sociale, la resocialisation, l'information, l'éducation ou la communication est un médiateur artistique. L'utilisation de tous ces moyens est aussi un outil de construction personnelle ou identitaire du travailleur social selon la philosophie de Gérard Creux. Dans son article « *Les conduites artistiques des travailleurs sociaux en milieu professionnel* »⁹³³, « Gérard Creux mène un travail de qualification des apports de la conduite artistique chez l'éducateur dans la structure et auprès du public.

Son étude statistique met en évidence deux éléments : 75,1 % des travailleurs sociaux ayant participé au sondage disent que la relation avec le public de l'établissement évolue grâce aux ateliers artistiques, et 66,5 % perçoivent la création de l'atelier comme un espace de liberté. L'enjeu de la promotion hiérarchique n'est pas de mise puisque seulement 3,7 % des répondants ont souhaité en avoir une grâce à leur pratique artistique au sein de l'institution. Sylvain Bordiec, maître de conférences à l'université de Bordeaux, dans son

⁹³¹ Déclaration de Fribourg, « *Les droits culturels* », op. cit., p. 7.

⁹³² Gérard CREUX est docteur en sociologie et attaché de recherche à l'Institut Régional du Travail Social de Franche-Comté. Il est auteur d'une thèse intitulée : « *Pour une analyse des conduites artistiques des travailleurs sociaux en milieu professionnel.* »

⁹³³ Gérard Creux, « *Les conduites artistiques des travailleurs sociaux en milieu professionnel* », publié dans les sciences de l'éducation – Pour l'Ere nouvelle, 2006-3, vol., 39, pages 53 à 72.

article "La culture comme vecteur d'ancrage dans le social"⁹³⁴, analyse le rapport entre les travailleurs sociaux, le public et la culture et plus particulièrement la façon dont les différents intérêts culturels se rencontrent et encouragent la communication. Le goût d'un travailleur social pour la culture et pour l'utilisation d'un médiateur artistique dans un projet éducatif est donc à la fois intéressant pour le public de l'établissement et pour la relation entre membres de l'équipe et employeur. Une conduite artistique est donc généralement un travail porté par une personne et soutenu par une équipe et par la direction, c'est une intention commune qui reflète très souvent l'orientation idéologique d'un établissement. Cependant l'éducateur n'est pas systématiquement en mesure de mener un atelier artistique dans le cadre de son travail, il peut ainsi déléguer à un tiers, un comédien pour l'atelier théâtre par exemple ou alors amener son groupe à un atelier extérieur à la structure, proposé par exemple par une compagnie de théâtre. L'insertion d'une personne extérieure au groupe change également les relations entre les acteurs du projet et le type de travail accompli. De plus, l'éducateur peut participer à l'atelier, bénéficiant du même statut que les participants et que le public de l'établissement. Gérard Creux tente de catégoriser les différents types de conduites artistiques. Il s'appuie sur les recherches partagées lors du colloque "Arts singuliers – Approches plurielles", organisé par l'Union Solidarité Action Sociale du 2 au 4 juillet 2004 à Montpellier. Quatre types de conduites artistiques sont évoqués : les "Pratiques artistiques à orientations occupationnelles", les "Pratiques artistiques à finalités éducatives et pédagogiques (développement des aspects cognitifs)", les "Pratiques artistiques dont l'objectif est plus prioritairement thérapeutique", et les "Pratiques artistiques comme moyen de réinsertion professionnelle et d'intégration sociale". »⁹³⁵

Il précise dans le paragraphe suivant que les objectifs de ces différents courants peuvent parfois s'entrecroiser selon l'étude, la méthode et le moyen mis en place. Il poursuit son analyse en proposant également d'autres classifications qui distinguent explicitement la représentation et la non-représentation selon la tonalité des différents apports d'une pratique avec ou sans finalité de création. Ces différentes catégories de pratiques sont issues de la diversité ou des mobiles motivant un comédien thérapeute à mettre en place un atelier théâtre au sein des établissements de santé. Parfois, cet atelier ou la pratique artistique sont soit la priorité d'un établissement de soins, soit la demande d'un public intéressé. Pour ces raisons, le maître du jeu – comédien thérapeute – oriente son atelier en fonction des missions éducatives escomptées au sein de son groupe de travail d'atelier d'expression. « Ainsi, la rencontre entre les instances sociales, médicales et le domaine culturel est de plus en plus fréquente dans les établissements, et l'art placé en tant que médiateur entre un public et un objectif thérapeutique ou éducatif est largement utilisé par les travailleurs sociaux. »⁹³⁶

1) Le déroulement de la conduite artistique

Dans la pratique de la conduite artistique au sein des ateliers artistiques et théâtraux, deux systèmes de travail seront susceptibles d'être menés par le comédien-éducateur à la fois dans le champ artistique et dans celui du domaine social.

⁹³⁴ Sylvain BORDIEC, « La culture comme vecteur d'ancrage dans le social », *Le sociaographe* 3/2014, n°47, pp. 111-119.

⁹³⁵ Léa ANDREOLETY, « La pratique du théâtre avec un public atteint de déficience intellectuelle », sous la direction d'Alice FOLCO, Université de Stendhal (Grenoble III), année universitaire, 2014-2015, p.28, s.

⁹³⁶ *Ibid.*, p. 29.

a) Le travail éducatif dans l'art-thérapie

Parmi les moyens déployés pour assurer le bon déroulement de l'atelier et l'accompagnement d'un individu examiné, il y a la création d'une relation éducative entre le comédien médiateur artistique et le sujet d'étude ainsi que le théâtre. Ce dernier est un vecteur d'apprentissage développant la relation directe entre intervenant et participant tout en gardant une dimension éducative. Il assure un autre type de travail qui se résume dans l'acte et l'accompagnement éducatif et informatif. L'art-thérapie est utilisée en tant qu'un moyen médiateur aidant le patient souffrant ou atteint de déficience intellectuelle ou souffrant d'autres pathologies à rechercher un équilibre entre ces différents domaines cités. Le théâtre détient donc une utilité dans le projet du travail éducatif ou dans la démarche artistique d'accompagnement. La participation aux actions culturelles et théâtrales entraîne un épanouissement de l'individu et aide à la croissance et au développement personnel. Il apporte à celui qui le pratique une confiance en soi accrue et des processus éducatifs qui développent les rapports sociaux et professionnels. Il en est de même dans le cas du développement du langage, de l'ouverture à la resocialisation, mais aussi grâce à la créativité et à la productivité autonome.

b) Le rôle et la limite de l'éducateur spécialisé

Dans cette partie du travail, le problème juridique qui peut être soulevé est un problème de compétences puisque, jusqu'à présent, le législateur n'a pas réparti les compétences du comédien artiste thérapeute et de l'éducateur spécialisé, dans le projet artistique théâtral. Toutefois, pour pallier l'absence de législation, les praticiens de cette art-thérapie ont séparé le rôle respectif du comédien intervenant artistiquement et celui de l'éducateur spécialisé – travailleur social. Ce dernier gère le groupe de travail, supervise les problèmes disciplinaires, la relation entre participants ou celle de ces derniers avec l'artiste, il mesure le niveau d'écoute et le dynamisme du groupe. *A contrario*, le comédien intervenant assure la gestion de l'activité, en conduisant le projet. Pour éviter qu'une tension ou une résistance se manifeste entre ces deux parties, d'une part, la partie visée, les animateurs sociaux, et, d'autre part, les concepteurs de l'activité artistique, parfois appelés les aspirants artistiques de l'art, il faut que l'intervenant extérieur intègre à sa pratique d'un côté, les difficultés des participants et, de l'autre, l'adaptation régulière au travail du groupe en fonction des situations et des objectifs visés par l'institution. Cela veut dire que le projet artistique proposé par le comédien, sa pratique, ainsi que la finalité du travail doivent toujours évoluer.

Conformément au contenu informatif et éducatif de cette recherche, la distinction entre la créativité et la création esthétique est indispensable dans ce genre d'études. Le comédien se trouve dans l'obligation d'adapter son projet et de redéfinir les objectifs de la démarche artistique ainsi que de l'axer sur un système pédagogique tout en tenant compte de l'accompagnement éducatif qui est un élément nécessaire dans le processus de soins et dans le développement des participants. Pour mieux mener les ateliers artistiques, il faut bien saisir la différence entre le travail artistique et le travail éducatif. Cette étude précise que ces deux professionnels, le comédien artiste et l'éducateur professionnel, doivent comprendre que

l'intervenant extérieur est appelé par une structure ou même par un éducateur spécialisé à intervenir dans les soins du patient, en facilitant une rupture avec le travail éducatif mené au quotidien, ceci afin de travailler sur d'autres bases et avec d'autres moyens. Le législateur doit en principe intervenir pour définir clairement le travail de ces deux professionnels et éviter ainsi des conflits. En général, la tension peut surgir du décalage entre la réalisation du projet artistique et la vie institutionnelle représentée par l'éducateur social. *« Bien que l'intervenant ne prenne pas le rôle de l'éducateur, il prend en compte les difficultés du public et du travail d'accompagnement quotidien, ce qui peut se heurter au projet. À l'inverse, l'éducateur doit se situer entre plusieurs rôles : responsable du groupe, figure d'autorité et participant à l'expérience au même titre que le groupe. Il doit par ailleurs rattacher le travail de l'intervenant à l'accompagnement éducatif réalisé au quotidien, pour que le projet s'inscrive dans une démarche à la fois sociale et artistique. Ainsi, selon Hamel Puissant, les rôles artistiques et éducatifs sont clairement distincts et les deux responsables construisent chacun une relation différente avec le groupe. »*⁹³⁷

La fonction de l'éducateur spécialisé connaît des limites même s'il n'est pas accompagné d'intervenants extérieurs gérant la pratique théâtrale. Ses limites se situent entre la figure ou l'exploit artistique et le travail ou la responsabilité éducative. Une autre question importante se pose sur la limite de l'éducateur en soulevant l'interrogation : *« Peut-il réellement accomplir ce travail lorsqu'il doit gérer un groupe en prenant en compte à la fois création et créativité, les désirs de chacun, mais aussi les objectifs institutionnels ? Olivier Couder, comédien et metteur en scène, s'interroge sur le croisement de la pratique du théâtre et du domaine social. Dans son article "Du théâtre comme roue de secours ou comme dérive dans la relation éducative ?", il affirme que le théâtre peut désamorcer des situations et est utilisé de plus en plus largement, sans objectif précis, ou même simplement pour occuper un groupe, même s'il reste un outil efficace. Comme Hamel Puissant, Couder appuie sur la nécessité de séparer le travail éducatif du travail artistique, donc de faire appel à un intervenant extérieur pour créer un décalage et ne pas mélanger les enjeux de l'établissement au travail réalisé lors de l'atelier théâtre. Cependant il affirme que la création d'un statut d'enseignement de théâtre remettrait l'atelier au cœur du travail institutionnel. Il prône donc un décalage, une distance de l'art à l'établissement. La limite des capacités de l'éducateur réside ainsi dans cette impossibilité de créer lui-même ce décalage puisque l'acte éducatif est son quotidien. Selon Couder, la finalité de la pratique du théâtre en institution doit être purement artistique, suggérant une séparation de l'accompagnement éducatif et de l'atelier artistique, remettant ainsi en question une partie de la définition de la médiation. »*⁹³⁸

2) L'atelier de dramathérapie : action symbolique, effets de la théâtralité et conséquences de ses produits

Comment l'atelier théâtre peut-il apporter une efficacité symbolique à partir de ces différentes pratiques, telles que les rituels ou les pratiques de guérison ? Dans telle ou telle scène, comment différentes formes de théâtralité sont-elles nécessaires pour y inscrire

⁹³⁷ *Ibid.*, p. 29, s.

⁹³⁸ *Ibid.*, p. 30.

l'altérité ? Quels sont les effets de la théâtralité et comment agit le théâtre dans les soins du patient ?

Le théâtre accompagne et éveille de façon irremplaçable l'imaginaire de l'individu faisant l'objet d'étude. Le théâtre peut faire jouir, faire jouer ou démontrer les instances physiques et psychiques ou déconstruire les représentations mentales ou encore questionner toutes instances humaines. Il peut sans doute éclipser les obstacles psychiques et les idéaux. Il éradique petit à petit les angoisses, les tracs, et les émotions par le moyen d'une organisation de séances de jeu dramatique tant pour les comédiens que pour le patient et le public.

a) Action symbolique dans la dramathérapie : effets de la théâtralité

La pratique du théâtre agit sur le patient et sur toute personne participant aux ateliers expérimentaux. En quoi son efficacité est-elle une action symbolique ? Quels sont donc les effets de la théâtralité ?

Tout d'abord, plusieurs chercheurs africains ont assimilé les actions symboliques à des effets de la théâtralité des rituels, des fêtes religieuses ou des cérémonies culturelles. Ils les ont observés dans les différentes sociétés traditionnelles qui ne concevaient pas le théâtre de la même manière que dans les sociétés occidentales. Ces dernières se posaient la question de la dimension scénique et dramatique des rites ou des activités religieuses et/ou thérapeutiques, s'agissait-il vraiment de théâtre ou de religion ou plutôt était-ce simulé ou vrai ? Cette question reposait sur la théâtralité des pratiques de sorcellerie ou bien même de guérison. Elle visait la relation possible entre le théâtre africain et le théâtre d'après la décolonisation ou enfin le théâtre inventé. Cette observation très critique s'opposait au théâtre qu'a connu l'Occident qui s'enrichit et développe dans le cadre de fêtes, de rites, mais aussi de croyances qui s'inscrivent dans des liens politiques et sociaux ou des liens avec les institutions religieuses ou juridiques. Claude Lévi-Strauss dirige ses travaux de recherche sur la question du symbolique⁹³⁹ et demande de ne pas considérer le terme symbolique dans le sens d'une image, mais plutôt dans le sens d'une matrice active de sens. Il est possible selon lui de le considérer comme une structure très signifiante, culturellement fondée et articulée et qui agit dramatiquement. Il est donc important de comprendre qu'une fois mis en scène les symboles du groupe, cela signifie une opération dramatique et juridique en même temps. C'est dans ces sens-là qu'apparaissent la portée et la puissance d'une forme d'action symbolique qui s'exerce sur plusieurs plans en même temps : sur le plan religieux, le plan légal, le plan esthétique ou institutionnel. L'action théâtrale va toucher tous les éléments constituant une collectivité. Chaque mise en jeu de toute forme d'activité symbolique constitue une métaphore du groupe – le public – et elle se déroule avec une sorte de brouillage des références connues ou avec des repères subjectifs qui poussent à s'interroger sur soi, sur l'individu ou au sein du groupe. L'action symbolique dans le théâtre dramatique mobilise toutes les instances, tant psychiques que collectives et individuelles, qui sous-tendent le rapport au réel tout en les nommant et en les dirigeant, mais sans les dissiper.

⁹³⁹ Juignet PATRICK, « Claude Lévi-Strauss et la fonction symbolique », in : Philosophie, science et société [en ligne], 2015. Disponible à l'adresse : <https://philosciences.com/philosophie-et-societe/sociologie-anthropologie-ethnologie/28-claude-levi-strauss-et-la-fonction-symbolique>

Cependant, le maniement de symboles produit une transformation de statut chez les individus. Il est clair par exemple que l'action d'un thérapeute ou d'un comédien ou celle d'un sorcier ont en commun de mettre en scène les ressorts d'un ordre symbolique ou d'inciter à des remaniements imaginaires. L'efficacité de l'action symbolique dépend grandement d'un champ de gravitation comportant plusieurs éléments tels que :

- la croyance de personnes ensorcelées ou malades face au pouvoir du sorcier ;
- la croyance du sorcier dans l'efficacité de ses moyens et de ses techniques ;
- la confiance profonde de la collectivité ou du public qui approuve et qui confère une légitimité à la démarche engagée et qui garantit ce champ de gravitation conforme à la loi. C'est à partir de ce consensus bien établi que l'action symbolique retrouve ses racines culturelles.

L'efficacité de l'action symbolique peut être bien explicite dans l'un des ouvrages de Molière, *Le médecin malgré lui*⁹⁴⁰, ou dans la pièce de Jules Romains, *Knock ou le Triomphe de la médecine*⁹⁴¹, des œuvres qui mettent en relief la croyance des patients envers la puissance mensongère de leurs médecins.

b) Les conséquences juridiques des œuvres produites dans l'atelier théâtral

Cette partie interpelle le droit de la propriété intellectuelle. Qu'est-ce que la propriété intellectuelle ? Ce terme évoque d'une manière générale l'ensemble des œuvres de l'esprit comme les œuvres artistiques et littéraires, les inventions, les dessins et modèles, les noms, les emblèmes et toutes formes d'images utilisées dans le commerce. Elle est protégée par la loi sous la forme de brevets, de droits d'auteurs ou d'enregistrements de marques dans le but de permettre au créateur de tirer un avantage financier de leur création ou leur invention ou plutôt d'en avoir une reconnaissance.

Cette recherche s'est intéressée davantage aux droits d'auteur. Qu'est-ce que le droit d'auteur ? Pourquoi le droit d'auteur ? Tout d'abord, c'est un terme juridique utilisé pour désigner les droits des créateurs sur l'ensemble de leurs œuvres tant littéraires qu'artistiques, comme c'est le cas du théâtre, du cinéma, de la musique, de la sculpture et d'autres.

Depuis longtemps, la culture franchit les murs de l'hôpital, mais à partir du XIX^e siècle, les productions artistiques des patients souffrant de troubles psychologiques suscitent des problèmes de définitions et aussi des intérêts juridiques applicables non seulement sur les œuvres d'art à part entière, mais aussi sur les expressions pathologiques singulières.

Les juristes, les professionnels de santé, les patients ou les différentes classes sociales se posent la question de la production, de la reproduction et de la protection des œuvres créées au sein des établissements de santé. À qui reconnaître la qualité d'auteur ? Quel est le statut de l'auteur ? Quelle est la valeur juridique de l'œuvre créée ?

Il est facile de reconnaître l'auteur et son statut dans certaines formes de créations artistiques, mais dans les ateliers théâtre santé, la réglementation juridique relative au droit et au statut des auteurs n'est pas une évidence. Cette recherche constate qu'il ne s'agit pas tout simplement de prendre en compte le rôle joué par des organisations sociales et

⁹⁴⁰ MOLIÈRE, « *Le Médecin malgré lui* », *op. cit.*

⁹⁴¹ Jules ROMAINS, « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », *op. cit.*

professionnelles dans les créations, mais aussi l'impact produit par la reconnaissance juridique du droit d'auteur. Il peut y avoir donc des conséquences artistiques, financières, et aussi administratives.

Pour mieux avancer dans ce sujet, il est indispensable de rappeler les principes juridiques régissant le droit d'auteur et ensuite d'identifier certaines professions dans lesquelles ni la loi, ni la jurisprudence ou les pratiques n'ont abouti à une position identique – ou commune. Avant tout le Code de la propriété intellectuelle précise dans son article L.112-2 que : « *Sont considérées 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 [...] »⁹⁴².

Reste à savoir : qu'est-ce qu'une œuvre de l'esprit selon cet article puisqu'il dresse une liste non exhaustive ?

Une œuvre de l'esprit se caractérise ou se définit comme toute création intellectuelle originale réalisée sous trois conditions :

- une création intellectuelle : peu importe le caractère de la création ;
- une forme : c'est-à-dire la création n'est protégée que si elle est réalisée, matérialisée.

Une idée non exécutée n'est pas du tout protégée par la loi.

- une originalité : l'œuvre créée est marquée par le caractère personnel de l'auteur, cela signifie qu'une autre personne n'a pas créé la même chose.

La protection de l'œuvre est automatique dès sa création sans l'exigence d'une formalité administrative et juridique.

Le même Code précise dans son article L.111-1 que : « *L'auteur d'une œuvre de l'esprit jouit sur cette œuvre, du seul fait de sa création, d'un droit de propriété incorporelle exclusif et opposable à tous. Ce droit comporte des attributs d'ordre intellectuel et moral ainsi que des attributs d'ordre patrimonial, qui sont déterminés par les livres Ier et III du présent code. L'existence ou la conclusion d'un contrat de louage d'ouvrage ou de service par l'auteur d'une œuvre de l'esprit n'emporte pas dérogation à la jouissance du droit reconnu par le premier alinéa, sous réserve des exceptions prévues par le présent code. Sous les mêmes réserves, il n'est pas non plus dérogé à la jouissance de ce même droit lorsque l'auteur de l'œuvre de l'esprit est un agent de l'État, d'une collectivité territoriale, d'un établissement public à caractère administratif, d'une autorité administrative indépendante dotée de la personnalité morale ou de la Banque de France. Les dispositions des articles L.121-7-1 et L.131-3-1 à L.131-3-3 ne s'appliquent pas aux agents auteurs d'œuvres dont la divulgation n'est soumise, en vertu de leur statut ou des règles qui régissent leurs fonctions, à aucun contrôle préalable de l'autorité hiérarchique. »⁹⁴³*

Qui est donc l'auteur ? Il peut y avoir une œuvre à auteur unique comme il peut y avoir une œuvre à plusieurs auteurs.

L'œuvre est à auteur unique lorsque la qualité de l'auteur revient, sauf preuve contraire, à celui qui l'a créée, à celui sous le nom de qui l'œuvre est attachée et divulguée. Selon l'article L.113-1 du même Code⁹⁴⁴, la qualité d'auteur est attribuée à celle ou à celui qui

⁹⁴² Légifrance, Code de la propriété intellectuelle, version en vigueur au 24 mars 2019, consulté le 24 mars 2019.

⁹⁴³ *Ibid.*

⁹⁴⁴ *Ibid.*

se l'approprié et qui se fait reconnaître en tant qu'auteur. Il bénéficie donc des droits patrimoniaux pendant toute la durée sa vie et durant soixante-dix ans, à compter du 1^{er} janvier de l'année suivant sa mort.

Si l'œuvre est considérée comme une œuvre de collaboration selon l'article L.113-2 et L.113-3 du même Code⁹⁴⁵, cela implique la participation et la contribution de plusieurs personnes physiques lors de la réalisation de l'œuvre tout en identifiant la contribution de chacun. Elle bénéficie des mêmes protections que la première et les auteurs bénéficient des mêmes droits. Elle est donc protégée soixante-dix ans à compter du 1^{er} janvier de l'année suivant le décès du dernier des créateurs – ou des auteurs.

L'œuvre est collective lorsqu'elle est créée par un ensemble d'auteurs, mais sur la volonté d'une seule personne, physique ou morale, qui l'édite et la divulgue sous son nom ou sa direction. Il est alors difficile de distinguer la contribution de chacun des auteurs et d'attribuer les droits à chacun d'eux. Les articles L.113-2⁹⁴⁶ et L.113-5⁹⁴⁷ précisent et donnent plus d'informations sur l'œuvre collective. La durée de la publication est aussi de soixante-dix ans à partir du 1^{er} janvier de l'année civile suivant celle où elle a été divulguée ou publiée. La date de la divulgation ou celle de la publication constitue un repère pour les calculs, c'est une date de présomption à utiliser avec prudence.

Au-delà de ces trois grands auteurs de créations, il y a l'artiste-interprète qui bénéficie aussi de droits d'auteur appelés droits voisins. L'artiste-interprète est la personne qui met sur scène de façon représentative des chants, des récits, des textes ou qui exécute, réalise ou représente, par tout moyen toutes formes d'œuvres littéraires ou artistiques comme des spectacles de cirques ou de marionnettes en public. Il a le droit moral de son interprétation comme le respect de son nom, de sa qualité, mais aussi de son interprétation elle-même. C'est un droit qui est inaliénable et imprescriptible et qui est attaché directement à l'artiste-interprète, c'est-à-dire à sa personne. Ce droit est donc transmissible aux héritiers dans le cadre de la protection de la mémoire du défunt, mais aussi de l'interprétation. Non seulement il a le droit moral de son interprétation, mais aussi il a des droits patrimoniaux : la fixation de sa prestation, sa production, sa communication au public ainsi que l'utilisation du son et de l'image.

La durée de protection du droit voisin est de cinquante ans à compter du 1^{er} janvier de l'année civile suivant l'interprétation pour l'artiste-interprète, la première fixation d'une séquence de son lorsqu'il s'agit de productions phonogrammes, d'images sonorisées ou de vidéogrammes ou enfin de la première communication au public pour les entreprises de communication audiovisuelle.

Après ce rappel de quelques notions du droit de la propriété intellectuelle sur l'ensemble des droits d'auteurs, il est indispensable de chercher à savoir comment ces droits d'auteurs sont interprétés et argumentés dans les établissements de soins plus particulièrement dans les hôpitaux psychiatriques.

L'intérêt porté aux productions artistiques des malades mentaux date des recherches menées par le criminologue italien Cesare Lombroso sur les événements de représentations des œuvres artistiques ce qui l'ont conduit à instaurer le Cabinet de curiosités. Il serait trop

⁹⁴⁵ *Ibid.*

⁹⁴⁶ *Ibid.*

⁹⁴⁷ *Ibid.*

long de revenir ou de s'attarder sur l'histoire de ce scientifique à l'origine de cette interrogation puisque le parcours historique de ladite thématique a déjà été évoqué dans l'introduction.

Cette recherche pose d'abord une interrogation sur les œuvres artistiques des malades mentaux. Comment une personne souffrant d'une maladie ou d'un trouble mental peut-elle construire, innover ou créer une œuvre de l'esprit ? En quoi les œuvres des patients des hôpitaux psychiatriques peuvent-elles être retenues comme des œuvres artistiques ? Quels sont les avis et les critiques avancés par les différents professionnels intéressés par ces interrogations ?

De prime abord, ces œuvres donnent des expressions qui relèvent, de près ou de loin, de conceptions différentes, par exemple les publications d'André Breton de 1948 : *L'Art des fous* ou *La clé des champs*⁹⁴⁸. Elles démontrent qu'une personne malade, libre de toute entrave, est capable de créer et de rendre une œuvre fantastique et inventive, issue de son esprit, sans aucune intervention de qui que ce soit.

En revanche, dans les années quarante, Jean Dubuffet avançait l'idée d'« *Art brut* » et il avait une autre démarche avec un regard différent. C'était un collectionneur infatigable. « *Il écume les hôpitaux psychiatriques d'Europe pour dénicher des œuvres et constitue une collection qui donnera naissance au Musée d'Art brut de Lausanne. L'art brut renvoie aux productions de personnes qui n'auraient aucun lien avec la culture artistique ambiante, ce qui serait selon Dubuffet le cas des œuvres des malades mentaux.* »⁹⁴⁹

Toutefois, cette idée a été fortement contestée par le Centre Hospitalier de Sainte-Anne qui exposait une collection des œuvres de ses patients depuis plus de cent ans. Ce témoignage avance l'idée que la plupart des malades avaient déjà un antécédent artistique, soit qu'ils avaient connu une culture artistique auparavant, soit qu'ils avaient eu ou acquis des notions de base de la culture artistique pendant leur hospitalisation. C'est pour affirmer que la culture a franchi depuis longtemps les murs de l'hôpital, jusqu'aux centres psychiatriques. « *C'est ce qu'établit notre dernière exposition sur les représentations de l'homme entre 1880 et 2010, qui montre très clairement des correspondances avec l'histoire de l'art moderne. La notion d'art psychopathologique renvoie surtout aux années cinquante, époque à laquelle les psychiatres appréhendent cet art comme portant les stigmates de la maladie mentale. Le nom des créateurs n'est alors plus cité puisque l'artiste s'efface derrière le malade. Schématiquement, le regard porté par les artistes, qu'il s'agisse de Dubuffet ou des surréalistes, valorise ces productions comme des œuvres à part entière, alors que le monde médical et psychiatrique tend à y lire des fonctionnements pathologiques.* »⁹⁵⁰

Ces deux courants restent aujourd'hui d'actualité et soulèvent des tensions différentes. L'exposition de ces œuvres dans cet établissement montre que : « *Les œuvres les plus anciennes datent de la fin du XIX^e siècle et proviennent de plus de vingt pays différents. Les œuvres historiques procèdent de dons : c'est le cas par exemple de celles d'Aloïse Corbaz, de Guillaume Pujolle ou d'Albino Braz. 1950 constitue une année décisive puisqu'a lieu alors une grande exposition à l'Hôpital Sainte-Anne en même temps qu'un colloque où certaines interventions font état d'ateliers artistiques en milieu psychiatrique. L'intérêt qu'ils suscitent*

⁹⁴⁸ André BRETON, « *L'Art des fous, la clé des champs* », *op. cit.*

⁹⁴⁹ 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, p. 1.

⁹⁵⁰ *Ibid.*, p. 1, s.

chez mes prédécesseurs à Sainte-Anne aboutit en 1952 à la création d'ateliers de médiation artistique dont les œuvres ont enrichi la collection. Celle-ci est donc très hétérogène : elle regroupe des œuvres d'artistes qui sont passés par l'hôpital – par exemple Unica Zürn –, des œuvres de malades qui se sont révélés plus tard des artistes, des œuvres qu'on pourrait rapprocher de l'art naïf, des œuvres plus académiques et des œuvres moins intéressantes sur le plan artistique, mais qui sont conservées pour des raisons médicales ou historiques. Il est apparu indispensable de constituer deux fonds différents : un fonds muséal, qui regroupe les œuvres historiques s'inscrivant dans un mouvement artistique repérable, et le fonds contemporain ou scientifique, qui rassemble toutes les autres œuvres. Dès lors qu'un patient souhaite laisser sa production, nous la recueillons. La collection compte environ 60 000 œuvres au total dont près de 1 500 pour le fonds muséal. Nous organisons des expositions thématiques temporaires, dont certaines sont itinérantes. Et nous avons à Sainte-Anne un vrai lieu d'exposition, que nous utilisons au moins six mois par ans. »⁹⁵¹

Après l'exposition de leurs œuvres, les patients ne perçoivent pas de droits d'auteur car ils ont décidé de laisser leurs œuvres avant de sortir de l'hôpital. Toutefois, il est indispensable de chercher à savoir si les patients étaient capables juridiquement de renoncer à leurs droits. La capacité juridique d'une personne physique est importante pour accomplir tout acte ou ester en justice par lui-même. Il faut donc regarder, dans chaque cas, si le patient qui décide de laisser son œuvre à l'hôpital en était capable au moment où il donnait son consentement. S'il s'avère que le patient avait, au moment de donner son accord, des troubles psychologiques, physiques ou du fait de son âge, il est donc considéré incapable de mettre en œuvre, par lui-même, les droits dont il est titulaire. Il mérite par conséquent une protection juridique du fait de l'altération de ses facultés de jugement. Il peut être assisté par quelqu'un de sa famille (époux, épouse, père, mère, enfant, frère, sœur, ou ayant droit) ou par un autre représentant légal comme un tuteur ou un curateur.

En revanche, tout accord donné par un incapable qui ne pouvait donc pas le faire seul, est sanctionné d'une nullité. Cette nullité relative de l'acte ne peut être invoquée que par la personne protégée par la loi ou par son représentant légal.

Le délai de la prescription est de 5 ans à compter du jour de la connaissance du fait justifiant la nullité. Il faut retenir que lorsque la nullité est prononcée, l'accord donné ou l'acte établi, est anéanti et tout revient comme si l'accord ou l'acte n'avait jamais été accompli. Quelles sont les valeurs que représentent ces œuvres dans les établissements de soins ? En lisant cet article, ces œuvres représentent d'une part, des valeurs médicales comme observations des comportements et aident à l'élaboration de diagnostics et, d'autre part, des valeurs artistiques. Anne-Marie Dubois n'a en aucun cas évoqué dans l'interview les droits d'auteur de ces œuvres initiées et créées par les patients. Elles sont présentées publiquement pour des raisons médicales.

Catherine Halpern lui posait la question suivante : « *Que pensez-vous de l'idée selon laquelle les pathologies mentales favoriseraient la créativité artistique ?* »

Anne-Marie Dubois : *C'est un mythe que l'on retrouve à presque toutes les époques et qui a la vie dure. Dans les milieux psychiatriques, en revanche, nous constatons que ce n'est pas la maladie en tant que telle qui crée les conditions de la création. Au contraire :*

⁹⁵¹ *Ibid.*, p. 2.

lorsqu'un malade est en crise, il a tendance à perdre sa créativité. Ce qu'établissent du reste des études scientifiques réalisées dans des hôpitaux psychiatriques. Il ne faut pas non plus penser que la pratique artistique peut aider tout patient. Cela dépend des pathologies.

CH : *Précisément, pouvez-vous nous dire en quoi consiste l'art-thérapie dont vous dirigez l'unité à l'hôpital Sainte-Anne.*

A-MD : *L'art-thérapie peut être définie comme l'utilisation d'une pratique artistique à des fins thérapeutiques. Ce n'est pas l'objet créé en lui-même qui compte, mais le processus artistique. Il ne s'agit pas d'une activité occupationnelle comme un atelier de cuisine, mais d'une véritable médiation artistique. Chaque art constitue une forme de langage spécifique qui, en art-thérapie, se substitue au langage verbal. Dans l'unité de thérapie à médiation artistique du CEE, à Sainte-Anne, il y a des ateliers de peinture, de modelage, de musique, de théâtre, de danse, d'écriture... L'art-thérapie suscite un double processus : thérapeutique et artistique. C'est pour cette raison qu'on ne peut pas s'improviser art-thérapeute. Il faut avoir une triple formation : artistique, thérapeutique et art-thérapeutique. La pratique sauvage de l'art-thérapie peut en effet être dangereuse quand elle n'est pas maîtrisée parce que l'art-thérapeute pourrait être submergé par des réactions brutales suscitées par la pratique artistique, laquelle peut chez certains malades réactiver des symptômes au lieu de les calmer. »⁹⁵²*

Par cette analyse, l'étude montre que la question du droit d'auteur pour les malades mentaux n'a toujours pas eu de réponse non seulement du côté des hôpitaux, des médecins ou des artistes, mais aussi du côté des juristes qui n'ont toujours pas pris position pour bien trancher et séparer les droits de chacun. Certes, le droit demande une œuvre de l'esprit, mais il faut aussi se poser la question des œuvres qui utilisaient des procédés artistiques qui ont une grande valeur et qui ont été réalisées par un auteur, personne malade mentale, avec ou sans la présence de son esprit. Les différents professionnels scientifiques avancent leurs observations sur l'art des malades mentaux et disent qu'il est possible de refuser de qualifier l'œuvre en l'absence de deux éléments : la conscience et la volonté. Autrement dit, toute œuvre artistique doit en principe naître de l'idée d'une création volontaire et libre. Certains auteurs ont voulu prouver que dans les créations des malades mentaux, il manque la notion de liberté qui est liée directement à leur situation de malade mental. Il y a une absence totale de volonté dans leur création – il s'agit donc de créations involontaires.

BJ LES ÉCHANGES THÉÂTRAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICOSOCIAUX

Tout d'abord, les ateliers théâtre dans les établissements de soins médicosociaux dépendent de la présence de plusieurs éléments. Il faut :

- définir la place de l'éducateur travailleur social (expliquée à la p.495, s.) ;
- définir la place du comédien intervenant (expliquée à la p.401, s.) ;
- définir le rôle du patient faisant l'objet d'études ;
- définir la qualité des participants ;
- définir le public ciblé ;

⁹⁵² *Ibid.*

- définir le thème central à travailler ;
- déterminer les types de conduites artistiques à mettre en place ;
- schématiser le champ d'apprentissage et d'appartenance du projet ;
- identifier le rôle de l'art et sa finalité ;
- prévoir le cadre matériel utile à l'expérimentation.

La diversité des méthodes, des moyens et des conduites culturelles en institutions sociales permet de définir le cadre et le genre d'atelier à mettre en place. Chaque atelier éducatif d'expression corporelle et psychique relève à la fois du champ social et du domaine artistique. D'une part, le travail de l'éducateur s'inscrit dans l'acte social et, d'autre part, l'intervention du comédien se transcrit dans le projet éducatif et thérapeutique, quel que soit le contexte envisagé.

1) L'approche culturelle et sociale

La question de l'approche est dans la finalité artistique, mais aussi dans celle de l'esthétique comme il a été affirmé par certains chercheurs intéressés par ce sujet et notamment par Olivier Couder, dans son article⁹⁵³ cité précédemment. La rencontre entre l'art et le social est susceptible de générer des tensions et des expressions qui touchent les personnes visées et le contenu de l'exercice théâtral. En revanche, dans les parties précédentes, le rôle multiple de l'éducateur a déjà été exploité pour expliquer l'accompagnement éducatif et la création artistique. Quelle que soit son intervention, son statut change au fur et à mesure selon le groupe et l'atelier auquel il participe, mais il mène toujours un acte éducatif et un accompagnement, tout en gardant sa relation avec les patients. Il est quasiment impossible de prévoir un atelier théâtre en visant uniquement des objectifs esthétiques. Chaque contenu de l'atelier de dramathérapie dépend en principe de la création artistique du comédien et de tout travail éducatif mené par le responsable du groupe. Il faut aussi retenir que les institutions partenaires, les établissements sociaux et culturels ainsi que la direction de l'institution où se déroule l'activité forment tous des paramètres qui commandent la finalité et le contenu envisagé dans l'atelier.

Cette approche a encore une valeur juridique établie dans les principes de la loi du 29 juillet 1998⁹⁵⁴ facilitant l'accès à la culture et la lutte contre les exclusions. Peu importe le moyen mis en place, la pratique artistique, qu'elle soit professionnelle, artistique ou amateur, est aussi sociale par définition. Par exemple l'expérimentation artistique menée par le Centre Hospitalier Alpes-Isère qui consiste en un travail d'intégration au moyen de l'expérience culturelle en complément de soins. Dans ce centre psychiatrique, des projets culturels avec réalisation de courts-métrages de marionnettes sont mis en place dans un espace dédié à des rencontres, des échanges et des partages centrés autour d'une médiation artistique. Cette activité est évoquée au sein de l'institution comme un projet ou un facteur d'intégration sociale, avec pour objectif l'accompagnement des patients souffrant de troubles mentaux. Cette action se déroule au sein des ateliers réguliers jusqu'à la fin du projet, mais aussi a pour

⁹⁵³ Olivier COUDER, « *Du théâtre comme roue de secours ou comme dérive dans la relation éducative* », *op. cit.*

⁹⁵⁴ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, *JORF* n°175 du 31 juillet 1998, p. 11679.

but la découverte et le partage de l'ensemble des expériences culturelles. Nécessairement, l'ensemble des projets s'étale sur les enjeux d'intégration sociale et de socialisation ou de resocialisation des patients. C'est pour cela qu'il faut toujours lier les exercices thérapeutiques, psychodramatiques ou psychothérapeutiques et éducatifs des patients à des créations artistiques.

a) L'activité artistique et sociale dans les institutions médicosociales : la resocialisation

L'implication, la participation et l'assistance du patient dans les ateliers de théâtre dramatique et dans les autres activités artistiques et culturelles au sein des établissements médicosociaux apportent à celui-ci une méthode de « *narcissisation* », c'est-à-dire un processus fondateur de la confiance en soi comme : aider le patient à s'admirer soi-même, à apprécier son image et à se valoriser à l'extérieur. Mais cela constitue aussi un travail de resocialisation, comme le travail de valorisation de soi, estimé indispensable pour la préparation à la sortie de l'hôpital, lorsque celle-ci est envisagée par les médecins traitants. La confiance en soi, la reconnaissance et la valorisation extérieure pour certains patients sont indispensables lorsqu'ils souffrent de marginalisation, surtout au sein de leur quartier. En principe, l'action culturelle est toujours appelée « *travail* » par les équipes soignantes et artistiques, mais en réalité, certains patients ne sont pas en mesure de comprendre ce qui se passe ou ils n'ont pas la conscience de ce qu'ils sont en train de faire ou d'accomplir. Ces ateliers sont perçus comme occupationnels et ils sont davantage favorisés, à la différence des ateliers menés pour des raisons ou des objectifs thérapeutiques. En effet, dans ce genre d'ateliers, le patient est moins stressé puisqu'ici il n'aura pas de critiques et d'observations comme dans les ateliers d'art-thérapie. Les patients ont une appréciation très réduite et surtout ils ont moins de risque d'être jugés, observés et analysés comme dans les activités thérapeutiques.

Lors d'un entretien, le comédien-thérapeute Paul Bebga de l'Hôpital Paul-Brousse à Villejuif précisait⁹⁵⁵ qu'il travaille avec des patients qui ont été rejetés de nombreux endroits pour leur prise en charge ou que d'autres endroits considéraient ou jugeaient qu'ils avaient un niveau de narcissisme trop bas. Il les a pris dans ses ateliers pour travailler ensemble et pour qu'enfin ils arrivent à retrouver une haute estime d'eux-mêmes en utilisant le théâtre comme moyen ou outil permettant de les aider à se renarcissiser, à reprendre confiance en eux et à se prouver à eux-mêmes qu'ils sont capables. Il est donc, selon lui, obligé d'assurer une prise en charge de ces patients jusqu'à la fin puisqu'ils font un effort et que ce n'est pas simple du tout. Parfois, il sent que certains patients travaillent et retravaillent dans le but de prendre confiance en eux très rapidement, afin de pouvoir quitter très vite l'institution hospitalière. Le travail théâtral dans les institutions médicosociales aide le patient à prendre confiance tout d'abord en sa personne et en son individu, mais aussi à accepter son image comme cela est le cas dans nombre d'établissements de santé psychiatrique. Au sein de ces derniers, plusieurs patients ont une appréhension d'eux-mêmes. Le travail est un véritable déclencheur de confiance en soi, mais aussi de maîtrise de son corps. En effet, il débloque les situations, dépasse les mauvais esprits ou toutes formes de blocages tant d'ordre psychologique que d'ordre physique. Ainsi « *le cas d'une patiente de la Fondation Bon Sauveur d'Alby qui,*

⁹⁵⁵ Il expliquait dans un entretien d'échanges portant sur les motivations de participations aux ateliers théâtre qu'il mène pour les patients.

depuis de nombreuses années, suite à une importante prise de poids, n'acceptait plus la vue de son corps. Le dernier projet culturel mené s'est en partie construit autour d'un travail photographique. Pour l'occasion, les patients ont servi de modèles, en adoptant la posture de personnages issus d'une œuvre travaillée en atelier. Sur la sollicitation de l'artiste, Sandrine (patiente) a accepté d'apparaître sur les prises de vue. Anciennement passionnée par la photographie, sa prise de poids l'en avait totalement éloignée. Sa participation lui a permis de surmonter son blocage, en se réappropriant sa propre image. Le bénéfice s'est poursuivi au-delà puisque la patiente a elle-même formulé le souhait de reparticiper à des prises de vue. Cette expérience aura de même été l'occasion de la faire renouer avec une pratique artistique. »⁹⁵⁶

Le constat de la valorisation narcissique chez le patient se trouve généralement dans la reconnaissance qu'il peut éprouver suite à son investissement dans la démarche psychodramatique. Dans la prise de confiance en soi, la narcissisation est essentielle pour que le patient réussisse sa réintégration dans la société. C'est donc uniquement dans l'atelier théâtre que le patient évalue le regard qu'il porte sur lui-même et sur la société dans laquelle il doit se réintégrer. Ça lui permet de prendre conscience très vite de son potentiel et de son niveau de compréhension sur lui-même. Le théâtre apporte donc un niveau de valorisation et une dimension très importante aux participants auquel s'ajoute l'aide apportée par les autres participants et le comédien artiste psychothérapeute.

Ce travail de recherche affirme que la présence du comédien artiste psychothérapeute à l'hôpital renforce les activités développées dans les espaces réservés aux actions pour la reconstruction identitaire du malade. *« Le travail de l'École de Chicago et notamment celui d'Erving Goffman a permis de comprendre combien l'identité était liée aux interactions quotidiennes que nous avons avec autrui. Les cadres sociaux y jouent aussi un rôle important : chaque individu a une "identité sociale" et une "identité personnelle". Dans ses travaux menés autour de la notion d'identité, Jean-Claude Kaufmann quant à lui explique comment dans un contexte et à un moment donné, elle peut permettre à l'individu de se créer un univers symbolique. Par la valorisation, elle permet de produire une certaine estime de soi, élément indispensable à l'action (2004). Elle participe de la construction identitaire. "Sans les affects associés, les images seules ne peuvent rien. C'est pourquoi l'univers des affects, des sensations et des émotions est central dans le processus identitaire. De même qu'il ne faut pas séparer identité et action, il ne faut pas séparer identité et affects (ni affects et action). Identité, affects et action s'inscrivent dans un mouvement à trois pôles intimement combinés" (Kaufmann, 2004:179). Les émotions ressenties par le patient lors de l'atelier culturel contribuent à la formalisation de son identité. Sa participation au projet culturel peut aussi être appréhendée comme acte de socialisation. Depuis les travaux de Georges Herbert Mead : Self, Mind and Society (1934), le rôle de la société dans la construction de l'identité sociale a été démontré. Elle se développe entre autres par l'interaction et la communication avec les autres. Cette théorie correspond à celle de l'agir communicationnel développée par Jürgen Habermas (1987) et rend compte de son rôle fondamental dans la construction de l'identité individuelle. Georges Herbert Mead a défendu la thèse, que nous reprenons ici, selon laquelle la formation de l'identité sociale passe par une complémentarité entre*

⁹⁵⁶ Mylène COSTES, « Atelier culturel et hôpital psychiatrique : enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme "Culture à l'hôpital" ». Sociologie. Université d'Avignon, 2010. Français. <NNT : 2010AVIG1092>. <tel-00587169>, p. 225

socialisation et individualisation (affirmation du "je" dans le groupe) (Dubar, 2000:97). C'est exactement ce qu'il se produit au sein de l'atelier culturel. »⁹⁵⁷

Mylène Costes explique dans cette même recherche l'idéologie des travaux de John Dewey⁹⁵⁸ en précisant que : « *Le champ de la philosophie participe de la compréhension du rôle tenu par l'atelier culturel, dans la construction de l'individu en tant que sujet. Les travaux de John Dewey (2010) mettent en évidence l'apport de l'expérience sensible dans la construction de la personne en tant que sujet. Ainsi, parce qu'il favorise l'expérience esthétique, l'atelier culturel peut être considéré comme un élément constitutif dans la construction du Moi. »⁹⁵⁹*

D'autres réflexions vont s'orienter sur les travaux théâtraux qui ont permis de mettre en évidence le rôle du lien social tenu directement par la médiation culturelle, considérée comme facteur de construction de l'identité de l'individu, mais aussi de sa construction ou du renforcement de son sentiment d'appartenance. Il est clairement admis que la socialisation ou la resocialisation du patient est favorisée par le caractère « *open* » de l'atelier dramatique dans les institutions de prise en charge de soins médicosociaux. « *Rappelons au passage que le quotidien dans un service de psychiatrie (notamment les services fermés) est peu propice aux rencontres interpersonnelles, bien qu'elles soient jugées comme indispensables à la réussite de leur (re)intégration. L'atelier culturel, en tant qu'espace ouvert aux patients de divers secteurs, est par sa nature même un lieu propice et privilégié de socialisation au sein de l'hôpital psychiatrique. La rencontre d'autres patients, lors des séances ou de sorties culturelles, reproduit les conditions des échanges liés à la vie en société : "Ce qui est important aussi c'est que c'est des patients de plusieurs services qui se côtoient, c'est pareil comme nous avec le personnel, ça permet aussi des échanges entre patients, en faisant des choses ensemble." Les soignants envisagent le maintien de l'activité culturelle au-delà du temps d'hospitalisation. D'après eux, son inscription dans la durée pourrait participer de la réintégration des patients dans leur quartier : "Au niveau de l'expression, c'est quelque chose qui peut servir au quotidien pour les patients tout en étant ludique et sympathique. Ça peut leur servir pour la vie de tous les jours, être capable de, c'est possible, c'est faisable (...) Ça leur permet de sortir du service et de se resocialiser." Pour les patients, c'est l'opportunité de nouer des contacts ou de simples échanges avec d'autres citoyens. Les relations avec le personnel de l'hôpital évoluent également. Ce bénéfice a par ailleurs été relevé dans d'autres études relatives aux publics empêchés. »⁹⁶⁰.*

Dès les années quatre-vingt-dix, les différents travaux de recherches effectués dans les quartiers en difficulté ont permis davantage d'esquisser et de définir les enjeux essentiels liés à ce type d'interventions. L'ensemble de ces travaux se sont centrés sur quatre axes relatifs à la société :

⁹⁵⁷ *Ibid.*, p. 226.

⁹⁵⁸ Selon Mylène COSTES : « *John Dewey fait partie des fondateurs du courant de la pragmatique, aux côtés de Charles S. Pierce et de William James. Dans ce courant, la notion d'expérience est centrale, abordée en tant que processus de transformation. La théorie prônée par les défenseurs de ce courant nous intéresse, car elle pose l'expérience comme opératrice d'une double transformation, à la fois de l'objet, mais aussi du (des) sujets. C'est spécifiquement ce dont nous pouvons rendre compte dans l'espace de l'atelier culturel. » (Partie notes). Op. cit.*, p. 227.

⁹⁵⁹ *Ibid.*, p. 226, s.

⁹⁶⁰ *Ibid.*, p. 227, s.

- « *L'action culturelle est un moyen d'expression et de valorisation pour des publics considérés comme étant en marge. Elle permet de restituer une certaine dignité aux minorités en leur permettant de s'exprimer par le biais artistique et culturel.*
- *La culture peut être un élément ou un déclencheur favorisant un processus de réinsertion sociale. La participation à une action collective peut permettre de développer la sociabilité de l'individu et participer de (sa) son (ré) intégration dans le tissu social.*
- *Au-delà de la valorisation des individus qui y participent, le projet culturel contribue à revaloriser l'image d'un territoire, du quartier en le réintégrant dans le tissu urbain.*
- *Enfin, l'action culturelle permet aux individus l'apprentissage de compétences culturelles. »⁹⁶¹.*

Ces quatre différents axes apparaissent récurrents ou répétitifs dans plusieurs projets théâtraux et dans d'autres actions culturelles engagées en faveur des publics empêchés – démunis –, tant dans les quartiers et les hôpitaux que dans les prisons. Les malades mentaux constituaient toujours les minorités dans chaque cas étudié. Toutefois, la question de la réinsertion sociale reste toujours présente et mérite d'être étudiée chez les personnes souffrantes ou qui sont fréquemment en rupture avec leur milieu professionnel et/ou leur famille. Mylène Costes poursuit sa recherche et affirme que : « *L'image du quartier, elle est ici transposable à l'hôpital psychiatrique, connoté négativement. L'image véhiculée par les médias en ce qui concerne les quartiers difficiles ou bien les hôpitaux psychiatriques est majoritairement stigmatisante. Elle participe d'une représentation négative de ces lieux et de leurs populations. Les actions culturelles développées dans les quartiers difficiles ou dans les hôpitaux ont pour objectif commun de donner une nouvelle image de ces territoires, permettant leur prise en compte dans la cité et la reconnaissance de leur population. »⁹⁶²*

Elle continue dans cette même recherche en prenant l'exemple d'un travail de réflexion de l'année 2001, qui a été mené par plusieurs professionnels de terrain avec des spécialités différentes, travailleurs sociaux dans les quartiers sensibles. Il ressort de ce travail « *qu'une véritable prise en compte du rapport à l'identité est posée par ces actions culturelles. Cette notion recouvre divers questionnements essentiels tels que la place de l'individu dans son quartier, dans son groupe, dans son rapport à la cité. L'action culturelle est envisagée comme élément (re)constitutif d'une identité à la fois individuelle et collective. Les modifications opérées par ces projets culturels ne sont pas limitées aux habitants et à leur quartier, elles englobent une dimension générale et sociétale. »⁹⁶³*

Tous ces travaux ont une dimension générale et sociale, ils ne sont pas limités ni aux habitants ni à leurs quartiers. Ils apportent des effets qui sont perceptibles à tous les niveaux : les emplois, les individus, les interactions et les rapports entre les quartiers et la ville, mais aussi des individus au collectif. « *À travers une expérience individuelle et collective, c'est aussi pour l'habitant une opportunité de positiver le regard qu'il porte sur lui. On retrouve le constat dressé quelques années auparavant par Bruno Colin, à savoir l'importance de ces projets culturels chez les individus pour leur valorisation. Leur participation leur donne accès à une certaine ouverture, les socialise : "en modifiant les relations entre les différents acteurs locaux, en agissant sur les microsystemes socio-économiques que constituent les quartiers et*

⁹⁶¹ *Ibid.*, p. 228.

⁹⁶² *Ibid.*, p. 28, s.

⁹⁶³ *Ibid.*, p. 229.

*sur leurs interactions avec la ville, l'action culturelle peut déclencher des transformations dans les intériorités des personnes et les organisations humaines (...) L'action culturelle provoque en quelque sorte une réaction en chaîne, en ricochet, qui s'étend du centre à la périphérie, du plus intime de l'individu à son rapport au monde, de l'individu au groupe, du groupe à la cité... Tous ces effets s'entrecroisent et se superposent. »*⁹⁶⁴

Mylène Costes a pris appui sur certains travaux de recherches de Luc Boltanski et Laurent Thévenot qui expliquent que les trois niveaux de fonction reconnus à la culture mettent en avant sa fonction sociale telle que : « *Une vision inspirée de la culture comme liberté individuelle ; une vision domestique de la culture comme moyen de réconciliation avec soi ; une vision civique de la culture comme moyen d'intégration au collectif.* »⁹⁶⁵

Tout acte, pratique ou usage d'activité dramatique et culturel mis en place par les artistes et les comédiens psychothérapeutes dans un projet culturel issu de la culture apporte des bénéfices et de l'aide à l'action sociale. « *Dans ses entretiens menés auprès d'intervenants dans les prisons et au Centre d'accueil et de soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre, l'auteure rend compte de la transformation sociale que peut opérer la culture auprès de ces populations d'exclus, notamment par la multitude de liens qu'elle est susceptible de créer (Siganos, 2002). "Si la culture interroge l'exclusion et l'insertion sociale, c'est parce qu'elle est conçue de plus en plus comme moyen de résoudre les problèmes sociaux, comme outil retissant du lien là où n'y en a plus, reconstruisant des identités là où elles sont fragmentées, valorisant les personnes là où elles sont stigmatisées" (Siganos, 2002:58-60). Le projet culturel se place parfois en opposition du cadre organisationnel et institutionnel de la prison ou de l'hôpital. Il permet de ce fait de pallier les effets néfastes de l'incarcération ou de l'hospitalisation, compte tenu de la logique culturelle qu'il présuppose. L'expérience carcérale et hospitalière n'est pas à proprement parler un travail de resocialisation. Le projet culturel intervient comme une possibilité pour développer du relationnel, restaurer des sens perdus et susciter l'expression. Cette dimension sociale et identitaire du projet culturel transparait de nouveau clairement, et ce, dans l'ensemble des actions culturelles menées en direction des publics empêchés.* »⁹⁶⁶

b) L'outil principal : l'art théâtral un outil artistique

L'auteur de cette recherche étudie les éléments principaux pour assurer la médiation artistique utilisée principalement à des fins thérapeutiques d'une part, ou, psychothérapeutiques d'une autre part. Cependant, il s'interroge ici sur les moyens et les fins possibles d'une telle médiation dans le cadre de l'accompagnement social. Il est déjà prouvé par les expérimentations précédentes que le théâtre ou l'expérience théâtrale a une influence sur les objectifs définis, à la fois sur le pouvoir d'agir et sur le pouvoir sur soi. Ces activités s'exercent sur le développement personnel et interpersonnel de l'individu. En effet, l'art théâtral a d'autres finalités que la médiation thérapeutique, comme le concept d'accompagnement éducatif du patient déjà traité précédemment.

⁹⁶⁴ *Ibid.*

⁹⁶⁵ *Ibid.*, p. 230.

⁹⁶⁶ *Ibid.*

« Marie-France Hainaut, professeur de mathématique dans un établissement pour malvoyants en Belgique et Régional Beyaert, directeur de cet institut, soulèvent un paradoxe dans la considération de l'art en tant qu'outil et s'interrogent sur la partie de l'art dans un atelier et dans la médiation. Dans leur article "L'art, outil d'expression et d'intégration dans une école d'enseignement spécial", paru dans la revue *Pensée plurielle* en 2002, ils associent à la notion d'art les termes de "liberté", "originalité", et la "non-fonctionnalité". Ils la confrontent à la notion d'outil qui est "chargé de justifications fonctionnelles et d'utilités incontournables." Selon eux, de ce paradoxe peut naître la puissance de l'art au service d'une cause. Ils remettent cependant en question le statut de l'art dans un atelier à médiation en s'appuyant sur les propos du philosophe allemand Martin Heidegger : « "L'art, pour pouvoir être considéré comme art, a toujours son but en lui-même ; c'est-à-dire qu'à aucun moment il ne peut avoir pour vocation de servir une cause qui lui soit extérieure." L'art considéré pour lui-même et servant sa propre cause ne peut servir au travail en atelier pour réaliser d'autres objectifs. Les auteurs de l'article tentent donc de redéfinir le statut de l'art en atelier, qui ne serait plus art, mais outil artistique, puisqu'il a vocation à servir une cause autre que sa propre finalité. »⁹⁶⁷

En revanche, cette proposition reste discutable puisqu'au-delà du statut de l'art et de ce qu'il peut être ou ne pas être, il y a toujours la part de la création et de la créativité dans chaque atelier et c'est primordial. Le professeur de psychologie à l'Université Lumière Lyon 2, Bernard Chouvier, précisait : « Il est nécessaire de mener un travail productif qui tend vers la réalisation d'une œuvre pour stimuler la capacité du ou des patients et donc opérer un réel travail de médiation. Il s'appuie sur la notion de créativité primaire que Winnicott développe dans son ouvrage *Jeu et réalité* paru en 1971 pour la définir comme ce qui "constitue la trame psychique de l'investissement." De ce fait, l'élaboration d'une œuvre artistique est de mise dans le travail de médiation, puisqu'elle symbolise l'investissement du patient dans l'atelier : "Sans la capacité créative primaire et la tonalité effective de jeu, le travail médiateur perd toute efficacité ;" La médiation peut donc avoir lieu lorsqu'un travail de création existe, ce qui constitue la forme de l'atelier, mais il est nécessaire de la lier à un fondement qui régit le projet. »⁹⁶⁸

La forme du travail de l'atelier ne peut apparaître dans l'exercice créateur qu'à partir de la présence d'un fondement préalable précisant la forme recherchée, le fond posé et les objectifs escomptés qui pourront se développer de manière signifiante. Il faut tenir compte des enjeux propres à l'expérimentation théâtrale pour que le travail soit complet. Il doit signifier par exemple les objectifs et le projet éducatif qui représentent le fond et la créativité qui mène et conduit à la construction d'une œuvre, considérée comme la forme. Ces éléments doivent être liés de façon complémentaire. « L'art utilisé en tant qu'outil à une finalité créatrice pour générer un investissement chez les membres du groupe. La forme d'atelier peut s'inscrire dans un partenariat avec des structures culturelles, accueillir un intervenant extérieur ou rester dans le cadre de l'institution en définissant la structure du travail, poser un cadre fixe et définir des règles. »⁹⁶⁹

⁹⁶⁷ Léa ANDREOLELY, « La pratique du théâtre avec un public atteint de déficience intellectuelle », *op. cit.*, p. 37.

⁹⁶⁸ *Ibid.*

⁹⁶⁹ *Ibid.*, p. 38

2) L'imaginaire aux ateliers du théâtre

L'outil artistique agit sur l'ensemble du corps, à la fois sur le corps mental, mais aussi sur le corps physique. Chaque fois que l'outil artistique touche un de ces deux corps, cela provoque de l'imaginaire et des émotions chez le patient. C'est dans la personnalité de ce dernier que se manifeste l'unique configuration de son l'histoire individuelle, l'ensemble de tous les systèmes responsables de sa conduite. C'est dans le système psychophysique de l'individu que son organisation dynamique détermine ses adaptations singulières à son environnement. C'est dans l'organisation dynamique intégrée de façon stable dans toutes ses particularités affectives, physiques et cognitives que se distingue tout individu, des autres. Chaque personne ou personnalité est représentée par une unité sociale, biologique et psychologique qui détermine un être singulier, non semblable à aucun autre, mais l'outil artistique doit le prendre dans toute sa considération, sa totalité sans négliger aucun aspect le concernant. Sa compréhension définitive paraîtra dans la relation à son environnement humain et physique.

Pour que l'outil artistique travaille efficacement, il interroge le corps sur tous ses organes de sens, un à un, afin de mieux comprendre les émotions des sens externes. Le théâtre établit ici une réparation totale de l'âme et de ses organes informateurs. Comme il a été bien affirmé dans l'ouvrage de François Lamy intitulé *De la connaissance de soi-même*⁹⁷⁰ : « *Nos sens ne sont que les fenêtres par lesquelles elle regarde ce qui se passe au-dehors.* »⁹⁷¹ Les émotions corporelles et psychologiques témoignent de la présence de l'univers ou de toutes « *choses* », selon l'ouvrage *Corps en scène*⁹⁷². La notion de « *choses* » citée ici est reprise dans l'ouvrage intitulé *L'usage des choses sensibles*, tome IV. Les sens sont au centre ou sont la frontière entre le dedans et le dehors, autrement dit les sens habitent directement l'espace et les objets. Selon ce dernier ouvrage, une étude scientifique a été effectuée par différents professionnels : « *Un symptôme traditionnellement étudié par les médecins et les magistrats instructeurs révèle la durable et relative "inattention" aux sensations internes : les illusions classiques des mélancoliques ou des sorciers, par exemple, la certitude, pour certains d'entre eux, d'être transformés en être physiquement différents, animaux divers, matériaux curieux organismes sauvages, chairs de fer ou de papier. La médecine ancienne, la littérature de la sorcellerie aussi, s'attardent à cet univers où le corps semblerait intérieurement transformé jusqu'à se vivre bouleversé. Un symptôme domine l'ensemble : la lycanthropie, cette croyance pour la personne d'être commuée en loup. La lycanthropie, spectre des sorcelleries anciennes, court la campagne, hante de carnage et de dévoration. Il s'acharne, engloutit, s'accroupit, aboie : devenu, de part en part, étranger à lui-même. Aucune image de "corps interne" pourtant n'est ici évoquée par les commentateurs, aucune image de quelque perception intime bouleversée ou troublée. Sprenger, en 1495, attribue le symptôme à la présence d'un diable occupant le corps : non pas les sensations, mais la commande des mouvements, l'emprise sur le faire, celle tout erratique et imposée, venue du dehors.* »⁹⁷³

Dans cette analyse apparaît la notion de normal et de pathologie chez le sujet – la notion d'adaptabilité qui rejoint les critères de normalité. Ici, la fonction prolonge ses

⁹⁷⁰ François LAMY, « *De la connaissance de soi-même* », Paris 1701 (1^{re} éd., 1694), T. II.

⁹⁷¹ *Ibid.*, p. 75.

⁹⁷² Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAT et Alain VIALA (sous la direction de), « *Corps sur scène* », *op. cit.*

⁹⁷³ *Ibid.*, p. 128, s.

références dans l'adaptabilité à l'environnement extérieur par des comportements définis, et le milieu intérieur par les émotions, la vie imaginaire et/ou les attitudes. En effet, le but principal de l'activité dramatique, au sein des institutions de santé, est d'arriver à une réaction rétablissant l'équilibre interne et externe de l'individu. Les comédiens psychodramatistes considèrent que le patient est normal lorsqu'il est capable de s'adapter à son milieu et de prendre des mesures d'équilibre devant toute situation ou tout problème, quelle que soit leur profondeur. Il est aussi normal lorsqu'il est en mesure de se maîtriser et de s'adapter à lui-même ainsi qu'à ces proches, sans être perturbé par ses conflits ni se faire marginaliser par la société, peu importe la différence ou l'inégalité sociale. Or, il n'existe pas une grande différence entre une personne normale et une personne névrosée, c'est juste une question de degré et d'intensité et non pas de défense. Par exemple, lorsqu'une personne est envahie par la peur de perdre quelque chose, quelqu'un ou la peur de mal prononcer son discours devant son public, d'être quittée par son amoureux, d'être stressée par le regard des autres ou intimidée par son handicap physique ou mental, etc. Tous ces éléments peuvent inciter l'individu à commettre des erreurs ou à s'abstenir de se manifester selon sa motivation, mais aussi son mécanisme de défense. Face à telle ou telle situation, il peut soit ne pas agir parce qu'il est faible et se laisse dominer par son imaginaire sans pouvoir s'interposer, soit il manifeste le courage de faire face à son imagination, il agit tout simplement parce que son mécanisme de défense lui permet de protéger son corps. Ce même phénomène peut arriver lorsque l'individu est dans un rêve, une expérience qui met en jeu son corps. Par exemple les désirs qui émergent et qui se manifestent chez l'enfant sont tous localisés dans les régions du corps qui détiennent toutes les formes de sensations comme la zone de plaisir, l'espace de rêve, la zone érogène, la zone d'hallucination, la zone de délire ou autres. Elles forment une représentation du corps déréalisé que certains considèrent comme les différentes formes archaïques de l'image du corps.

a) Le rêve peut-il être une scène de théâtre ?

Faut-il admettre qu'il existe un lien entre rêve et théâtre ?

La réponse est certainement oui, parce que le rêve est toujours présent dans le théâtre. Sa présence est remarquée sous deux formes : soit comme des rêveries soit comme des hallucinations. Mais aussi parce que ces deux formes échangent en permanence – ou régulièrement – avec l'imaginaire.

Dans un contexte primitif, le lien entre rêve et théâtre est retenu d'une part, comme un élément contributif et, d'autre part, il est complété par les contes et les pièces de théâtre. En général, les rêves précèdent les contes et ces derniers ont précédé les scènes théâtrales. Certains textes de théâtre sont issus des rêves et d'autres de l'imaginaire. Plusieurs rêves sont racontés à des familles ou à des proches. Ainsi les rêves des rois ou des reines sont racontés à des spécialistes, traducteurs de rêves, avant d'être écrits et mis en scène par des dramaturges. Comme dans le cas de Pharaon, ses rêves étaient traduits par une équipe des prêtres chargée de la responsabilité et de la gestion du culte, mais aussi d'interpréter les rêves surtout de la famille royale.

La plupart des rêves ont des valeurs mythiques ou religieuses comme chez certains fils qui ont rêvé d'être visités par leur père déjà mort, ou plutôt s'imaginaient dialoguer, parler

avec le spectre de leur père, comme le cas de *Don Juan*, de *Hamlet* et de *Joseph fils de Jacob* ou autres. Cette relation entre ces deux notions, rêve et théâtre, est une source d'inspiration pour certains grands dramaturges et metteurs en scène. C'est le cas lorsque *Hamlet* dialogue avec le spectre de son père. Ce dernier était le roi et après sa mort, le Danemark risque d'être envahi par les Norvégiens, le spectre du roi apparaît et révèle à *Hamlet*, son fils, le secret du crime qui lui a coûté la vie. Après la révélation, *Hamlet* a finalement compris que son oncle *Claudius* avait tué son père pour enfin épouser sa mère, la reine *Gertrude* et s'accaparer du pouvoir. Il a donc remplacé le roi et pris les commandes. *Hamlet* doit très vite venger la mort de son père. Pour pouvoir mener à bien son projet, il simule la folie dans son comportement et devant cette situation étrangère, son esprit, sa raison et sa façon de discerner les choses sont mis en cause. Cette folie passagère est mise sur le compte de l'amour qu'il a envers sa bien-aimée *Ophélie*, fille de *Polonius*. Au cours du déroulement de son projet, *Claudius* perçoit petit à petit le danger et décide de se débarrasser de son neveu *Hamlet*. En étudiant de façon expérimentale l'œuvre de Shakespeare, la pièce de *Hamlet* donne plus d'illustrations à partir de la IV^e scène vers la V^e scène de l'acte premier :

SCÈNE IV

« *La terrasse sur les remparts.*

Entrent Hamlet, Horatio et Marcellus.

HAMLET :

L'air mord rudement : il fait très froid.

HORATIO :

C'est un air vif et piquant.

HAMLET :

Quelle heure est-il ?

HORATIO :

Pas loin de minuit, je crois.

MARCELLUS :

Non, minuit sonné.

HORATIO :

Vraiment ? Je ne l'avais pas entendu. Alors l'heure approche où l'esprit a l'habitude de se promener. (Fanfare de trompettes et deux coups de canon). Que signifie cela, monseigneur ?

HAMLET :

Le roi veille cette nuit et fait ripaille ; et invitant à la beuverie, il mène la danse déchaînée du parvenu ; chaque fois qu'il vide d'un trait sa coupe de vin du Rhin, les timbales et les trompettes proclament qu'il a tenu triomphalement sa gageure.

HORATIO :

Est-ce une coutume ?

HAMLET :

Eh oui, par la vierge, c'en est une ! Mais quoique je sois de ce pays et habitué à ses mœurs, c'est une coutume plus honorable à rompre qu'à suivre. De l'Orient à l'Occident, ces réjouissances abrutissantes nous font blâmer et reprouver par les autres nations. Elles nous

désignent comme des ivrognes et, en nous comparant à des pourceaux, souillent notre réputation : et vraiment, cette coutume enlève à nos réalisations, fussent-elles exécutées à la perfection, la sève et la moelle de notre réputation. De même, il arrive chez certains individus que pour un grain de souillure dans leur nature, qui s'y trouve dès la naissance dont ils ne sont pas coupables, puisque la nature ne peut choisir son origine, ou à la suite de l'excès d'humeur dans leur tempérament, faisant souvent crouler les remparts et les forts de la raison, ou bien à cause de quelque habitude qui corrompt par son levain trop fort la forme des manières approuvées par tous - , ces hommes, dus-je, laquais de la nature ou soumis à de la Fortune, leurs autres mérites fussent-ils aussi purs et aussi nombreux qu'un seul peut en assurer, seront marqués d'une tache dans l'opinion publique par cette faute particulière. Une once de mal fait souvent disparaître en eux toute la subsistance noble, et les discrédite pour son plus grand scandale.

Entre le spectre.

HORATIO :

Regardez, Monseigneur, il vient.

HAMLET :

Anges et ministres de la grâce, défendez-nous ! Qui que tu sois une âme sauvée ou un démon damné, que tu apportes l'air céleste ou des bouffées de l'Enfer, que tes intentions soient malignes ou charitables, tu viens sous une forme si incertaine que je veux t'interroger. Je vais te nommer : Hamlet, Roi, Père royal Danois. Réponds-moi ! Ne me laisse pas anéantir par l'ignorance, mais dis pourquoi tes os sanctifiés, hersés dans la mort, ont percé leur linceul enduit de cire. Pourquoi le sépulcre, où nous t'avons vu enseveli en paix ouvrit, pour te rejeter ici-bas, ses pesantes mâchoires de marbre ! Que signifie ceci ? Pourquoi, toi, corps mort, à nouveau en complète armure, reviens-tu voir ainsi la lueur scintillante de la lune, rendant la nuit hideuse, et nous dupes de la nature, nous ébranler si affreusement dans notre disposition mentale par des pensées hors de la portée de nos âmes ? Et pour toi, que devons-nous faire ?

Le spectre fait signe à Hamlet

HORATIO :

Il vous fait signe de partir avec lui, comme s'il désirait vous communiquer quelque chose à vous seul.

MARCELLUS :

Voyez de quel geste courtois il vous appelle vers un endroit plus éloigné. Mais n'allez pas avec lui.

HORATIO :

Non, en aucune manière.

HAMLET :

Il ne veut pas parler, je veux donc le suivre.

HORATIO :

Ne le faite pas, Monseigneur.

HAMLET :

Allons donc, qu'y a-t-il à craindre ? Je ne prise pas ma vie plus chère qu'une épingle et, quant à mon âme, que peut-il lui faire, puisqu'elle est chose immortelle comme lui ? De nouveau, il me fait signe d'avancer, je vais le suivre.

HORATIO :

Mais s'il vous attirait, Monseigneur, vers les flots, ou bien vers le sommet terrible de la falaise qui surplombe sa base au-dessus des flots, et qu'il assume là-bas une autre forme épouvantable qui vous priverait de la souveraineté de la raison et vous entraînerait dans la folie ? Pensez-y : l'endroit seul, sans autre motif, suscite des envies de désespoir dans tout cerveau qui regarde la mer à tant de toises et l'entend rugir au-dessous.

HAMLET :

Il me fait signe encore. Marche, je vais te suivre.

MARCELLUS :

Vous n'irez pas, Monseigneur.

HAMLET :

Ne me retenez pas.

HORATIO :

Soumettez-vous : vous n'irez pas.

HAMLET :

C'est mon destin qui m'appelle et rend chaque fibre de mon corps aussi dure que les nerfs du lion de Némée. Il m'appelle encore ! Lâchez-moi, messieurs. Par le Ciel, je fais un fantôme de celui qui me retient ! Je dis : en arrière ! Va, je te suis. (Le spectre et Hamlet sortent.)

HORATIO :

Son imagination le rend de plus en plus furieux.

MARCELLUS :

Suivons-le, il n'est pas bon de lui obéir ainsi.

HORATIO :

Allons-y. À quelle issue va-t-on en venir ?

MARCELLUS :

Il y a quelque chose de pourri dans l'état de Danemark.

HORATIO :

C'est le Ciel qui dirige le cours des événements. Le ciel avisera.

MARCELLUS :

Certes, mais suivons-le. (Ils sortent.)

SCÈNE V

Un autre endroit de la terrasse.

Entrent le Spectre et Hamlet qui le suit.

HAMLET :

Où veux-tu me conduire ? Parle. Je n'irai pas plus loin.

LE SPECTRE :

Écoute-moi bien.

HAMLET :

J'écoute.

LE SPECTRE :

L'heure est presque venue où je dois me livrer aux flammes sulfureuses et torturantes.

HAMLET :

Hélas, pauvre spectre !

LE SPECTRE :

Ne me plains pas, mais prête une oreille attentive à ce que je vais te dévoiler.

HAMLET :

Parle, je suis prêt à t'entendre.

LE SPECTRE :

Et tenu même à me venger quand tu auras entendu.

HAMLET :

Quoi donc ?

LE SPECTRE :

Je suis l'esprit de ton père, condamné pour un certain temps à errer la nuit, et le jour, enfermé dans les flammes, jusqu'à ce que les péchés répugnants commis pendant ma vie sur terre soient brûlés et purgés. S'il ne m'était pas défendu de le dire les secrets de ma prison, je pourrais te raconter une histoire dont le moindre mot labourerait ton âme, glacerait ton jeune sang, ferait jaillir tes deux yeux comme des étoiles de leurs orbites, déferait tes boucles nouées et tressées, dresserait séparément chaque cheveu, comme les piquants du hargneux porc-épic. Mais le secret de l'éternel ne doit être proclamé aux oreilles de chair et de sang. Écoute, écoute, oh écoute ! Si tu aimas ton tendre père...

HAMLET :

Oh Dieu !

LE SPECTRE :

Venge un meurtre infâme et monstrueux.

HAMLET :

Un meurtre !

LE SPECTRE :

Meurtre très infâme comme l'est toujours le meurtre parfait, mais celui-ci encore plus infâme inouï et monstrueux !

HAMLET :

En hâte, fais-le-moi connaître, qu'avec des ailes aussi promptes que la médiation ou les pensées de l'amour, je puisse voler à ma vengeance.

LE SPECTRE :

Je te trouve prêt, et il faudrait que tu sois plus engourdi que l'herbe grasse mollement enracinée dans la rive du Léthé, si mon récit ne t'émouvait point. Écoute donc, Hamlet. On a fait croire qu'endormi dans mon jardin un serpent me piqua ; ainsi toute l'oreille du Danemark, par un rapport forgé de ma mort, fut grossièrement abusée : mais, sache-le, noble jeune enfant, le serpent dont la morsure fut mortelle pour la vie de ton père aujourd'hui porte sa couronne.

HAMLET :

Mon âme prophétique ! Mon oncle !

LE SPECTRE :

Ah, cette bête incestueuse, cette bête adultère, par la sorcellerie de son esprit, par ses cadeaux de traître – oh esprit perfide et cadeaux qui ont le pouvoir de séduire de la sorte –, gagna à sa lubricité honteuse la volonté de ma reine, en apparence si vertueuse. Ah, quelle chute, Hamlet ! M'abandonner, moi, dont l'amour était d'une dignité telle qu'il alla la main dans la main avec le serment que je lui fis dans le mariage, et s'abaisser à un misérable dont les dons naturels furent pauvres par rapport aux miens ! Mais comme la vertu ne se laisse jamais émouvoir quand la lubricité la courtiserait sous l'aspect du ciel, ainsi la luxure, même unie à un ange radieux, sera rassasiée dans un lit céleste et se gorgera de tripaille.

Mais, attends, car il semble que je sens l'air du matin. Je serai bref. Dormant dans mon verger, suivant mon habitude de toujours, dans l'après-midi ton oncle vint furtivement pendant cette heure libre de tout souci, ayant dans l'effet est à tel point ennemi déclaré du sang de l'homme, qu'elle s'engouffre, aussi prompte que le vif-argent, dans les portes et les allées naturelles du corps, et avec une soudaine vigueur, elle épaissit et caille, comme des gouttes acides dans le lait, le sang fluide et sain. Ainsi fit-elle du mien, et une éruption de darts instantanée couvrit, comme une lèpre lisse. Ainsi je fus pendant mon sommeil, par la main d'un frère, privé à jamais de ma vie, de ma couronne, de ma reine ; fauché en pleine floraison de mes péchés, sans communion, sans préparation, sans extrême-onction ; sans avoir établi mon bilan, mais envoyé à l'ultime règlement avec toutes mes imperfections sur ma tête. Oh horrible, horrible, trop horrible ! Si tu as des sentiments inspirés par la nature, ne le supporte pas, ne tolère pas que le lit royal de Danemark soit une couche de luxure et d'inceste damné ! Mais quelle que soit la manière dont tu poursuis cet acte, ne souille pas ton esprit, ne laisse ton âme tramer quoi que ce soit contre ta mère, abandonner-la au Ciel et aux épines logées dans son cœur pour la piquer et la déchirer. Adieu, sur-le-champ. Le ver luisant annonce que le matin est proche, et son feu inutile commence à pâlir. Adieu, adieu, adieu souviens-toi de moi. »⁹⁷⁴ La discussion continua jusqu'à la fin de la scène 5.

Pour le cas de Joseph, qui est un personnage important dans la Bible hébraïque et dans le Coran, deux textes qui le relient dans la chronique d'Abraham, d'Issac, et de Jacob en Canaan, dans l'histoire de la libération des Israélites en esclavage en Égypte sous le règne de Pharaon. Joseph était un jeune garçon très beau, toujours souriant et il était le bien-aimé de son père. Un jour, très tôt le matin, il se réveilla très excité et se dirigea vers son père pour lui raconter ce qu'il avait rêvé pendant son sommeil. Son père écouta attentivement son rêve et son visage manifesta un sentiment de joie, car ce que son fils lui raconta était un bon signe ou plutôt un rêve qui exprimait la réalisation d'une prophétie. « *Quand Joseph dit à son père : ô mon père ! J'ai vu un rêve, onze étoiles, et aussi le soleil et la lune ; je les ai vus prosternés devant moi* »⁹⁷⁵. Son père lui répondit silencieusement, sans lui interpréter son rêve : « *Ô mon fils, dit-il, ne raconte pas ta vision à tes frères, car ils monteraient un complot contre toi ; le Diable est certainement pour l'homme un ennemi déclaré.* »⁹⁷⁶

Joseph est finalement vendu comme esclave par ses grands frères qu'ils l'ont jaloué depuis sa jeunesse, mais il devient au fur et à mesure l'homme le plus puissant d'Égypte au côté de Pharaon et petit à petit devient le vice-roi. À son arrivée en Égypte, il a été serveur

⁹⁷⁴ William SHAKESPEARE « *Hamlet* », éd., Aubier, 1988., Acte I, scènes 4 et 5, p. 125, s.

⁹⁷⁵ Muhammad HAMIDULLAH, « *Le Noble Coran, les sens approximatifs de ses versets en Langue Française* », aux éditions, Lies ! Stiftung, 2^e éd., mai 2014, Sourate 12 : 4, p. 185

⁹⁷⁶ *Ibid.*, Sourate 12:5.

chez Potiphar, l'un des grands officiers du roi. Il a développé et fait prospérer les affaires du roi, devint son intendant et géra ses biens pendant plusieurs années. Un jour ce jeune homme refusa les avances de la femme de Potiphar, elle alla raconter à son époux que c'est Joseph qui avait tenté de la séduire. Par ces faits, il fut envoyé en prison. Un jour, deux maîtres de Pharaon qui partageaient la même cellule avec Joseph, Echanson et Panetier, ont rêvé et ils ont raconté leurs rêves à Joseph. Ce dernier a interprété devant eux leurs rêves et trois jours plus tard, les prédictions de ces deux rêves se réalisèrent.

Quant au rêve de Pharaon, les prêtres ont tenté en vain de l'interpréter, mais dans ce cas-là, ils ne comprenaient pas le langage du rêve. Le roi leur a accordé des jours et des jours, mais la philosophie du langage était difficile. Ils étaient incapables de comprendre. L'un des maîtres du roi Pharaon qui partageaient la même cellule avec Joseph a demandé au roi de faire venir Joseph qui était toujours prisonnier afin d'interpréter son rêve puisqu'il avait une facilité à comprendre le langage des rêves.

Le langage est aussi un deuxième facteur nouant la relation entre rêve et théâtre. Une fois le rêve mis en scène par des dramaturges, des metteurs en scène et des acteurs, le langage devient le matériau essentiel des rêves. Par conséquent, cela produit un effet retour de ces rêves chez certains jeunes enfants ou personnes âgées qui se sentent alors autorisés à rêver et surtout de leur père mort, après l'expérimentation de Hamlet. Il en est de même pour ceux qui veulent venger la mort de leur parent dans un rêve thérapeutique.

Toutefois, le lien le plus important entre ces deux éléments est analogique. C'est pour cela que la psychanalyse considère le rêve dans tous ces éléments comme un facteur provoquant une manifestation de l'inconscient vis-à-vis des actes manqués ou d'autres. Ici, le rêve est aussi un élément à identifier puisqu'il y a le rêve qui initie, qui crée la pièce de théâtre et qui lie le dramaturge, les acteurs et le public et celui qui découle de la représentation de la pièce, c'est-à-dire le rêve après le spectacle. Mais parfois, il y a des spectateurs qui rêvent la pièce avant qu'elle soit représentée ou qui ont une inspiration de la pièce qu'ils sont en train de regarder. En même temps que le spectateur regarde le théâtre, dans sa psyché inconsciente se passent des événements qui le mettent en éveil et qui lui permettent d'être au centre de sa division et de son immanence.

La même pièce peut être présentée tous les soirs et regardée par le même public, mais chaque représentation peut avoir ou aura sa propre valeur. Elle sera la première et la dernière représentation puisqu'elle sera différente de celle du soir précédent. Ça serait donc comme un rêve puisque c'est une autre expérience – c'est semblablement un rêve récurrent. À un moment, le rêve qui fait le théâtre et le rêve qui découle du théâtre se rencontre au centre de la psyché.

« Avant la psychanalyse, la vie psychique des hommes était le domaine spécifique du poète. Cette spécificité, le poète eut ensuite à la partager avec la psychanalyse. Dès la préhistoire de la psychanalyse, Freud scella l'alliance entre l'œuvre poétique et son invention en prêtant au théâtre le pouvoir de dialoguer avec l'inconscient et en lui empruntant le concept de son pouvoir purificateur.

D'abord, pour traiter l'hystérie, il prit pour modèle la fonction de l'œuvre théâtrale et de sa représentation sur le spectateur, la catharsis.

Ensuite, dans L'interprétation des rêves, l'ouvrage fondateur de l'invention de la pensée psychanalytique, Freud fit de nouveau alliance avec l'œuvre poétique pour débusquer

le complexe infantile et le dépouiller de son masque onirique. Perspicace, il y souligne les effets de la lecture et de la représentation d'Œdipe sur le spectateur. Mais, entre Les études sur l'hystérie et L'interprétation des rêves, l'abandon de la technique de l'hypnose, et la destitution de la neurotica comme théorie causale dans l'étiologie des symptômes hystériques lui firent renoncer à se contenter de la catharsis pour aborder le traitement de l'hystérie. Les voies conceptuelles de la psychanalyse et du théâtre se sépareront donc avec ce renoncement. Mais théâtre et psychanalyse demeureront les deux espaces privilégiés de l'énonciation d'une parole porteuse d'une vérité subjective. »⁹⁷⁷

b) Le rêve et le théâtre selon Freud

Freud donne le départ de sa réflexion en précisant que l'inconscient est une autre scène qui met en espace d'échange la psychanalyse et le théâtre par le biais du rêve assure la correspondance entre eux. « *Rappelons-le, l'effet cathartique, au théâtre, est celui, laudatif, qui purge le spectateur de ses passions. Aristote définit d'abord la catharsis dans La politique, à propos de la musique. "Nous voyons ces mêmes personnes, quand elles ont eu recours aux mélodies qui transportent l'âme hors d'elle-même, remises d'aplomb comme si elles avaient pris un remède et une purgation. C'est à ce même traitement, dès lors, que doivent être nécessairement soumis à la fois ceux qui sont enclins à la pitié et ceux qui sont enclins à la terreur, et tous les autres qui, d'une façon générale, sont sous l'empire d'une émotion quelconque pour autant qu'il y a en chacun d'eux tendance à de telles émotions, et pour tous il se produit une certaine purgation et un allègement accompagné de plaisir. Or, c'est de la même façon aussi que les mélodies purgatrices procurent à l'homme une joie inoffensive."* »⁹⁷⁸

D'autres poètes et écrivains comme Nicolas Boileau⁹⁷⁹ se lient à l'idée avancée par Aristote qui affirme que le spectateur doit avant tout être touché par le sujet expérimenté et de se sentir concerné par tout ce qui se passe dans la pièce théâtrale. En effet, « *la catharsis suppose, pour Boileau, la grandeur de l'œuvre, qu'elle soit tragique, épique ou comique. Cette restriction nous apparaît comme analogique au rêve. En effet, tout comme la grandeur de l'œuvre est la condition de possibilité de la catharsis, tous les rêves ne revêtent pas la même importance pour la compréhension de la vie psychique du rêveur. Mais tout comme les grands mythes fondateurs nous atteignent par la voix du poète, le contenu latent de tous les rêves n'atteint son but que par les voies de la dramatisation. Il nous intéresse de savoir que catharsis, dans la traduction qui nous est ici proposée, qui est la traduction généralement admise, produit un effet métaphorique dont l'image nous renvoie aux évacuations sphinctériennes des résidus de la digestion. Avec le rêve, il y a bien quelque chose aussi qui doit être évacué. La catharsis est l'évacuation laudative des passions.* »⁹⁸⁰

Selon Marthe Dubreuil, Platon oppose passion et raison et il situe toute forme de passion dans le ventre qui est le lieu-dit la partie désirante. Aristote, en revanche, affirme à son tour que la passion est une altération, une mutation, un changement qui touche ou affecte

⁹⁷⁷ Marthe DUBREUIL, « *Théâtre et rêve* », *Cahiers de psychologie clinique* 2014/1 (n° 42), p. 195-207. p. 2, s.

⁹⁷⁸ *Ibid.*, p. 3. Extrait tiré de l'ouvrage d'Aristote, « *La Politique* », traduction de J. Tricot, Vrin, 1995, p. 584.

⁹⁷⁹ Nicolas BOILEAU, né le 1^{er} novembre 1636 à Paris et mort le 13 mars 1711 dans la même ville, est un homme de lettres français du grand siècle, un poète, polémiste, traducteur et théoricien de la littérature. Il est considéré comme le législateur ou le Régent du Parnasse.

⁹⁸⁰ Marthe DUBREUIL, « *Théâtre et rêve* », *Cahiers de psychologie clinique*, op. cit., p. 3, s.

le corps ou l'âme. *« Elle est purement passive et échappe au point de vue de la morale. Elle soumet à son emprise et s'oppose à la raison. Les passions sont le signe d'une dépendance de l'homme envers les objets et événements du monde, selon la philosophie. Les philosophes grecques opposent passion et raison, passion et action, et lient la passion au désir. Les deux opposés, l'amour et la haine, dans toutes leurs variations sont les déclinaisons des passions. Peut-on poser le rêve comme une tentative de purgation des passions ? Il serait alors, pour le rêveur averti, au centre de la dynamique de la catharsis. C'est-à-dire, qu'il aurait dans sa fonction, le pouvoir que Freud prêta à la cure, dans les premiers temps, alors même que la psychanalyse n'est pas encore inventée et se nomme psychothérapie. Si la visée du rêve était telle, alors, nous lui aurions trouvé une première correspondance avec l'œuvre du poète dramaturge. »*⁹⁸¹

Dans le domaine théâtral, il faut tout d'abord se poser la question suivante : qui est le rêveur ? Dans quelles conditions le rêveur songe-t-il ? Comment la représentation théâtrale est-elle capable de provoquer des effets cathartiques ? Il est aussi nécessaire de savoir en quoi l'activité dramatique constitue un lieu de purgation de passions. Quelles sont donc les passions susceptibles d'être relevées ?

Pour répondre à toutes ces questions, il faut tout d'abord chercher à comprendre ce qui se passe sur scène, mais aussi ce qui est mis en création. Cela va permettre enfin de pouvoir rechercher le rapport entre le rêve et le théâtre. Qui est le vrai rêveur ? C'est celui qui a rêvé l'acte impossible à réaliser ailleurs que dans la fiction. La mise en scène ajoutée est rêvée après la réalisation scénique du rêve du premier rêveur. *« Les deux fonctions du rêve : il est, gardien du sommeil, réalisation du désir. Pour Freud en 1907, le rêve est défini comme "représentation du désir accompli." Cette définition nous situe les conditions de possibilité de la réalisation du désir. Il faut que le sujet rêve, car il s'agit d'un désir impossible à réaliser autrement, désir qui ne peut se réaliser que déguisé, sauf à courir le risque de tomber sous le coup de la répression en s'avançant dépouillé d'artifice. C'est donc à un autre du discours que nous avons à faire. Le rêveur nous semble ici proche de l'hypocrite, l'acteur. Mon rêve, c'est ce à quoi je pense et que je sais inatteignable, irréalisable. Le rêve est irréaliste, il se produit dans une autre réalité et produit une autre réalité ; la réalité d'un monde interne qui n'obéit qu'à ses propres lois. »*⁹⁸²

Freud, pour se faire entendre, a lié sa philosophie à la représentation de l'action artistique, à sa composition et à la manière dont elle est structurée pour pouvoir motiver les émotions de l'Autre. Pour arriver à la signification des rêves, Freud a mis en place une auto-analyse afin de comprendre vraiment le travail de la psychanalyse. Il a fait référence à l'expérimentation d'Œdipe tout en mettant dans le dispositif théâtral trois grands éléments indispensables respectant les règles dramatiques : le lieu, l'action et le temps. Selon Marthe Dubreuil, *« Freud pose le rêve comme structuré comme la pensée, une pensée arrimée au symbole, et possédant un contenu manifeste et un contenu latent. Cette relation, pensée, corps, rêve, est le produit du nouage, Imaginaire, Réel, symbolique. Le cadre et le dispositif théâtral, soit la mise en scène, le metteur en scène, l'acteur, le spectateur sont pris dans cette triade. [...] L'œuvre théâtrale joue avec les métaphores et nous renvoie à nos fantasmes les plus primitifs, comme idéaux de passions que nous ne pouvons accomplir. Il vaut mieux se*

⁹⁸¹ Ibid., p. 4.

⁹⁸² Ibid.

purger de son agressivité en voyant Richard III que de se livrer au meurtre sadique sur son entourage. Ces fantasmes sont les métaphores du rêve. En effet, si rêver est un acte véritable, il est devenu le symbole de ce à quoi on pense, comme un idéal, et que l'on sait impossible à atteindre, irréalisable, interdit. De même que le rêve est l'envers de la représentation, la représentation théâtrale peut être l'envers du rêve. Ce que l'on vient y chercher fait que nous pouvons voir Hamlet dans des mises en scènes différentes avec un plaisir toujours renouvelé. Ce qu'on y trouve, c'est la répétition de ce qui git en nous indéfiniment. »⁹⁸³

Si Freud met en relation tous ces éléments, l'auteur de cette recherche explique en fonction de l'expérience et de l'échange issues de cette étude, que l'Homme est au centre de l'espace d'échange entre le théâtre et le rêve. Pour comprendre ce qui peut arriver chez le rêveur, il faut que le théâtre existe parce que l'Homme rêve. Toutefois, le rêve existe par l'Homme, il est capable de penser ou bien il pense. La pensée concernant de la facilité du discernement chez l'Homme met en évidence la motivation interne et la motivation externe – le stimulus externe ou interne. L'art est une forme de formation pour l'Homme. Tout est image, imaginaire, fictif ou fiction. Il est aussi formation de l'inconscient. « *Freud décrit le rêve comme pensée en images. Ces images, pour autant, se déroulent comme un film. La première fois que l'Homme fit prendre corps à sa pensée, la première fois qu'il projeta ses fictions dans l'environnement, cette première fois nous est témoinnée par le dessin des grottes préhistoriques. Du dessin sur les murs des grottes au cinéma, il y a une continuité discursive qui est la volonté de projeter le monde interne dans l'environnement. »⁹⁸⁴*

Maintenant, il serait logique de se poser quelques questions sur le résultat du théâtre chez le spectateur-voyeur. Quels sont les effets de la représentation théâtrale ? Apportent-ils quelque chose dans l'évolution de son état de santé ? Que réparent-ils ?

Avant de répondre à ces questions, le rêve est considéré ici comme un accomplissement d'un désir, de type optatif. Cela fait référence au rêve d'Anna Freud⁹⁸⁵ quand elle avait dix-neuf mois. « *Elle rêve qu'elle mange des fraises parce qu'elle a désiré en manger alors qu'elle en avait été privée à cause d'une mise à la diète d'une journée. Dans ce rêve, dit des fraises, l'enfant Anna ne mange pas que des fraises ; on l'entend murmurer en dormant "fraises, groseilles, omelette, bouillie." Elle rêve qu'elle mange ce qu'elle désire, qui est tout ce dont elle va être privée par la mise à la diète. Les enfants aiment les fraises, l'enfant désire manger des fraises, mais les enfants ont également besoin de manger pour assouvir la faim. Ils ne peuvent pas supporter la privation longtemps, surtout lorsqu'ils ont dix-neuf mois. Priver un enfant de dix-neuf mois de nourriture toute une journée, c'est le faire souffrir de la faim. Le rêve des fraises possède donc une double finalité : réaliser un désir insatisfait sur le mode optatif, et réparer une blessure pulsionnelle, un traumatisme.*

Le travail du rêve ne s'arrête pas là, à une pensée formulée à l'optatif. Il actualise la réparation en mettant en scène, au présent la vision du rêveur, qui n'est d'ailleurs pas une vision, mais une réminiscence.

On peut comprendre le rêve des fraises comme provoqué par un mécanisme de réparation du mauvais traitement subi par l'enfant. Il nous éclaire sur les rêves traumatiques,

⁹⁸³ *Ibid.*, p. 5, s.

⁹⁸⁴ *Ibid.*, p. 8.

⁹⁸⁵ Anna FREUD est la seconde fille de Sigmund Freud et elle s'est intéressée à la psychanalyse des enfants à partir de 1926.

post-traumatiques, et le mécanisme des névroses traumatiques. Le traumatisme s'inscrit dans l'écart qui va de la frustration à la carence ; la carence menace l'intégrité libidinale. »⁹⁸⁶

Les effets de l'œuvre théâtrale touchent en premier l'auteur qu'elle l'a établie, puisqu'elle est une manifestation, une préparation secondaire de son fantasme. L'auteur se met avant tout à la place de tous les personnages du rêve, avant même d'être expérimentée sur scène. C'est une forme d'altérité étrange, qui aide à l'expression de son désir de s'échapper à la condamnation.

« C'est l'acteur qui est le héros pour le dramaturge autrichien, Peter Handke, qui reproche aux metteurs en scène de rajouter leurs propres fantasmes à l'œuvre de l'auteur. Pour lui, auteur, en effet, il s'agit de ne faire qu'un, avec le monde au plus intime de la langue. Pour lui, le théâtre est la scène du langage, lieu d'une rencontre singulière entre la langue et le plateau, l'acteur et le spectateur. La langue et le plateau, c'est-à-dire, l'auteur et l'acteur, son double, son alter ego spéculaire.

Pour l'acteur, le médium, le passeur entre la langue et le spectateur, la représentation fait de lui un autre. C'est là, dans cette altérité, que son désir se déploie.

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" et la fonction du deuil dans "l'identification à Ophélie". 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 pécheur qu'il veut punir."

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

⁹⁸⁶ Marthe DUBREUIL, « Théâtre et rêve », op. cit., p. 10, s.

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. »⁹⁸⁷

PARAGRAPHE 2 - LA MARIONNETTE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

L'intégration du spectacle au jeu des marionnettes, à l'aspect du théâtre ludique et même critique, crée une nouvelle manière d'inscrire le spectateur dans les textes littéraires ou dans ceux des fictions dramatiques spécifiques jugées différentes de celles du vrai, les vrais scénarios du théâtre. Ces derniers centrent certains textes dans l'illusion de la réalité. L'inscription du spectateur dans la démarche artistique des marionnettes, dans ce public, se préoccupe très peu de la question de l'illusion et privilégie l'action dramatique et la participation libre du spectateur à un épanouissement communautaire – sous la base de la démocratie participative du droit à la culture. La prise en compte du public, dans ce théâtre populaire et son succès, est fondée sur l'improvisation et la création sous forme d'échanges possibles mouvementées par des animations. *« La communication entre le spectateur et le spectacle compte alors presque plus que la fiction elle-même. Notre propos ici est d'envisager ce que sont devenues ces stratégies du théâtre populaire dans le cadre d'un théâtre savant pour marionnettes, inspiré, de façon plus ou moins directe, du théâtre de marionnettes traditionnel. Pour cela, nous proposons un parcours à travers plusieurs pièces "pour marionnettes" du tournant du siècle, période où les écritures "pour marionnettes" se sont multipliées dans une perspective de réaction contre le réalisme et le théâtre bourgeois de la seconde moitié du 19^e siècle, et ce dans toute l'Europe. [...] Dans ces pièces aux esthétiques parfois très lointaines se joue une tension – inscrite dans le texte même – entre un appel à participation du spectateur au jeu théâtral et une prise de distance du spectateur par rapport à la fiction, la seconde étant le corollaire de la première. Quelle que soit la tonalité qui domine – ce corpus oscille en effet entre une esthétique tournée grotesque et une dramaturgie orientée vers un théâtre de marionnettes tragique, qui se mêlent parfois au sein d'une même œuvre – la référence au théâtre de marionnettes instaure un renversement dramaturgique important : celui de l'entrée dans un théâtre ludique et surtout critique sur le plan esthétique, qui va même jusqu'à mettre en jeu les caractéristiques d'un théâtre épique proche de celui que théoriserait un peu plus tard Brecht, et qui informe tout le théâtre du XX^e siècle. »⁹⁸⁸*

Toutefois, l'activité théâtrale des marionnettes met en place des procédés ludiques qui brisent la passivité du public pour l'inciter et l'orienter vers une motivation et une participation au jeu théâtral. *« Ces modalités sont revisitées et remotivées dans le cadre d'un théâtre littéraire, qui s'oriente lui aussi vers la participation du spectateur, renversant les conventions de la scène illusionniste. Le spectateur est pris à parti, principalement par des jeux de dialogues et des jeux de scène. D'emblée, dans le théâtre de marionnettes traditionnel, s'installe une situation de communication entre le spectateur et les acteurs de la représentation, qu'il s'agisse des marionnettes, du compère – qui est un personnage placé à côté du castelet, souvent musicien, chargé de dialoguer à la fois avec le public et avec les marionnettes – ou du marionnettiste lui-même. Cette situation abolit les frontières du*

⁹⁸⁷ *Ibid.*, p. 11, s.

⁹⁸⁸ Hélène BEAUCHAMP, article : « L'intégration du spectateur au jeu des marionnettes : pour un théâtre ludique et critique », Centre de Recherche sur l'Histoire du Théâtre, Université Paris IV-Sorbonne, avril 2008, p. 1.

quatrième mur. Le spectacle commence en effet traditionnellement par une harangue adressée au spectateur, un discours en forme de boniment prononcé indifféremment par le montreur, le compère ou une marionnette. On y présente les personnages, on y appelle à la bienveillance du public, on s'y justifie éventuellement sur le contenu du spectacle. Cette harangue au public réapparaît dans plusieurs de nos pièces sous forme de prologues, avertissements ou discours de l'auteur. »⁹⁸⁹

Ici, le patient ou le participant-spectateur est invité par l'auteur à orienter son regard à une figure humoristique sur la fiction, mais aussi sur son propre statut de spectateur. Selon Hélène Beauchamp, le prologue ou les avertissements liminaires présentés dans la fiction de Jarry, Albert-Briot ou Valle-Inclán de façon ludique, invitent explicitement le spectateur-voyeur à garder une attitude de participation et/ou de recul amusé sur le scénario fictif de marionnettes qui sera expérimenté. Lors du déroulement de l'action de marionnettes, le drame peut être interrompu par le public-spectateur, pour poser des questions ou apporter des observations réflexives dans la fiction. Hélène Beauchamp a repris dans un article un extrait de l'ouvrage de Pierre Albert-Briot pour élargir son argumentation : « *Dans les pièces pour marionnettes de Pierre Albert-Briot, les personnages ne cessent de prendre à parti le public sur tel ou tel événement. Dans Matoum en Matoumoisie, l'Esprit de la Terre s'adresse au spectateur, lui faisant une déclaration d'amour et soulignant le plaisir du jeu théâtral. L'Esprit de la Terre fait disparaître les marionnettes à l'aide d'une baguette magique, et justifie son attitude à propos de l'imposteur Tévilbar, qui se fait passer pour le Messie attendu par les habitants de Matoumoisie :*

*"Je pourrais si je voulais
Punir de suite ce fumiste
Ce menteur
Cet imposteur
Ce charlatan
Mais j'attends
Parce que cela va m'amuser
Et vous aussi
Amis
Ici
Assis
Public laisse-moi te tutoyer
Je t'aime
Et je suis heureux de porter la maison
Qui contient ce théâtre
Que veux-tu que je te fasse pour te prouver mon amour ?
Veux-tu que je joue du tambour
Ou bien que d'un coup de baguette
Je fasse revenir tes petites marionnettes ?
Oui que ta volonté soit faite."*

⁹⁸⁹ Ibid.

Ici, c'est bien l'aspect festif du théâtre qui est mis en valeur par le personnage, et le spectateur est entièrement impliqué à force de sentiments dans la fête théâtrale. Cet esprit de fête communicative est mis en exergue à la fin de Matoum en Matoumoisie. La dernière réplique est en effet confiée au personnage du Rieur, dont l'hilarité contamine toute la scène : "(Tous les personnages sont gagnés par le rire et cela devient un rire immense)". »⁹⁹⁰

Ce genre d'échange artistique invite le public à repérer la partie qu'il lui plaît et à l'interpréter librement. À chaque représentation, le spectateur peut avoir de multiples allusions selon l'évolution du spectacle. « *En revisitant ainsi l'improvisation par l'incertitude générique, ces auteurs laissent un choix au spectateur, qui se trouve obligé de réfléchir à la pièce, à l'option esthétique qu'elle propose, et par conséquent à l'esthétique du théâtre en général. Cependant, cette réflexion esthétique est largement guidée par les auteurs – et c'est là une des fonctions principales de ces prologues ou épilogues inspirés du boniment du théâtre de marionnettes populaire évoqué précédemment. Cette explicitation nécessaire est assumée pleinement par Jarry : "Nous le savons par l'observation du public des quatre années de l'œuvre : si l'on tient absolument à ce que la foule entrevoie quelque chose, il faut préalablement le lui expliquer." C'est pourquoi il propose ni plus ni moins aux premiers spectateurs d'Ubu Roi dans sa présentation du spectacle, qu'il a lue lors de la première, de participer à une expérimentation théâtrale. Il y explique ses présupposés artistiques et le prévient d'éventuels chocs esthétiques, l'intégrant à son expérience par l'usage du "nous" : "Attendons-nous à voir des personnages notables, comme M. Ubu et le Tsar, forcés de caracoler en tête-à-tête sur des chevaux de carton (que nous avons passé la nuit à peindre) afin de remplir la scène." »⁹⁹¹.*

Parmi les méthodes techniques à mettre en place pour assurer l'expérimentation des marionnettes et leurs animations dans les établissements de soins médicaux et médicosociaux, il y a :

- La méthode de découverte de la marionnette qui se fait devant le public. Tout participant avec la présentation du dispositif le fait en fonction des âges et à travers les différentes modes de cultures.

- Chaque participant doit au moins apprendre à confectionner un masque qui lui servira lors du jeu à le fixer à son visage et à jouer avec. Chacun utilisera le masque qu'il a confectionné lui-même. Le but est de jouer à deux sous forme de miroir. Ces méthodes demandent de chercher l'attitude que peut apporter l'autre masque. La méthode ou le style du jeu doit être réciproque. En principe, chaque masque est ou doit être révélateur de la personnalité du participant, sans avancer de jugements ou d'observations, quels qu'ils soient.

- Lors du déroulement, une série des questions peuvent être soulevées et revenir à tout moment tout au long de l'exercice de marionnette : « *Doit-on interpréter ce qui se fait, se passe, se vit ? Venons-nous ici pour cela ? Y a-t-il un référent extérieur au groupe qualifié pour ce genre d'activité ? Sommes-nous un groupe en situation thérapeutique ? Le masque a quitté par la suite notre visage pour être fixé au bout d'un bâton. Nous avons un peu évolué avec cet ensemble, ébauche de marionnette, et commencé à nous familiariser avec elle. Premier dialogue avec elle ou silence, interrogation, étonnement, un certain mystère naît en*

⁹⁹⁰ *Ibid.*, p. 3, extrait de marionnettes de l'ouvrage : Pierre ALBERT-BIROT, « *Matoum en Matoumoisie (1919)* », *Théâtre I V*, Mortemart, Rougerie, 1979, 147 pages, pp. 75 -142, p. 100.

⁹⁹¹ *Ibid.*, p. 3.

même temps qu'un personnage. Pour certains, il est nécessaire rapidement de rajouter bras, jambes, costumes. De nombreux personnages prennent forme, de tailles différentes, d'aspect singulier parfois. Nous cherchons les moyens de l'arranger pour donner un certain effet. Quelques marionnettes entre autres doivent être animées par plusieurs manipulateurs. Nous nous rendons compte que ce type de manipulation n'est pas très simple, mais permet un travail d'équipe intéressant. Nous remarquons les différentes façons de manier une marionnette, en étant soi-même en dessous, face à la marionnette en la regardant ou derrière, la marionnette nous tournant le dos. »⁹⁹²

Toutefois, le travail permet de comprendre ce que c'est qu'une marionnette, selon sa taille et son maniement. Les matériaux la composant ne sont pas à négliger, la matière joue un rôle très important dans la sensation et l'expression corporelle possible chez le malade pris en charge. La plupart d'entre elles sont confectionnées avec du bristol, des tiges de bois et du papier crépon. Ensuite, le maître du jeu observe le participant pour savoir s'il s'est déjà familiarisé avec son personnage et le fait parler en le présentant aux autres participants avant de commencer à jouer ensemble. Parfois, sa confection commence par un dessin sur des cartons puis par une découpe pour faire les masques. Cette progression est aussi intéressante puisqu'elle aide le psychodramatiste-marionnettiste à comprendre l'évolution sur l'état de santé du patient, mais aussi à repérer les difficultés ou les obstacles à son épanouissement. Bernardette Jost et Gilbert Brossard montrent qu'« avec G. Védrenne, nous avons fait de l'expression corporelle... Relaxation, découverte des parties de notre corps comme si nous étions une marionnette mue par des fils fut l'occasion de voir qu'il était difficile de contrôler toutes les parties de notre corps et qu'il est important de connaître celui-ci afin de se sentir beaucoup plus à l'aise lorsque nous sommes en position de manipulateur de marionnettes ; ceci pour nous permettre aussi de saisir les attitudes à donner aux marionnettes pour exprimer un sentiment. En fermant les yeux et par le contact avec les mains, nous avons essayé de guider, de nous laisser guider par l'autre. Des exercices de respirations nous ont montré l'importance du souffle, du rythme respiratoire. Autant d'exercices mettant bien en évidence que la marionnette n'est pas un corps étranger, une chose banale, mais qu'elle est reliée à notre corps qu'elle est notre corps aussi et que toute la vie de notre corps passe au travers de la marionnette : catalyseur, médiateur, révélateur.

La marionnette est un élément d'expression, un support à la communication. Nous avons travaillé quelques moyens d'expression avec H.R. Gainé. La voix, les instruments de musique émettent des sons réglés ou articulés selon des lois, ou permettent de communiquer sur des modes "fantaisistes" en un langage inarticulé (grommelot) qui peut être celui du petit enfant qui découvre les sons qu'émet sa bouche, son corps. Pour rencontrer l'autre, pour communiquer, la marionnette a besoin de tous ces matériaux que nous avons utilisés avec nos marionnettes construites en recherchant des rythmes, en créant une courte saynète »⁹⁹³.

A] LE RÔLE DE LA MARIONNETTE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Quels sont les rôles que joue la marionnette dans le processus de santé du patient à l'hôpital ? Pour répondre à cette interrogation, l'article de Richard Bouchard a évoqué le

⁹⁹² Bernadette JOST, Gilbert BROSSARD, « Marionnette et Thérapie », INEP – Marly-le-Roi, mars 1979, nouvelle saisie 2011, p. 1.

⁹⁹³ *Ibid.*, p. 3.

travail et le jeu avec des marionnettes mis en place par des artistes-marionnettistes exerçant dans les hôpitaux comme Madeleine Lions, responsable de l'Association marionnette et thérapie en France. Ils développaient ensemble des approches thérapeutiques qui consistent à faire appel à la marionnette comme moyen de communication, d'éducation, d'information et de création. Richard Bouchard et ses collaborateurs ont pu toucher la sensibilité des jeunes, des enfants en difficulté et/ou toutes personnes atteintes de troubles mentaux, de comportements ou de problèmes de santé physique et psychologique avec l'aide de la marionnette. *« Cela a permis d'expérimenter le médium auprès d'un certain nombre de clientèles. Aujourd'hui, l'ÉNAM⁹⁹⁴ travaille davantage avec des ex-psychiatrisés, par une approche thématique. Il s'agit d'essayer, par le biais de la marionnette, de développer leur capacité d'être créatifs face à leurs difficultés personnelles. Au départ, précise Bouchard, quand on met sur pied une activité de marionnette thérapeutique, l'objectif n'est pas nécessairement de monter un spectacle. Il faut travailler sur des problématiques qui touchent les participants, les amener à créer une marionnette, puis à monter de petits sketches en groupe pour, au bout d'un certain temps, les présenter aux autres. Avec le temps, on voit les mêmes thèmes qui reviennent. À ce moment-là, si l'équipe est prête, on peut proposer de bâtir un spectacle pouvant être présenté aux autres groupes. C'est le cas de la dernière pièce qui a été jouée à l'ÉNAM, l'Allégorie du Cabaret de Platon, basée sur l'allégorie de la caverne de Platon. Elle traite de la problématique du suicide, en faisant la "promotion" de la vie. Ce spectacle, qui a été monté en collaboration avec la Régie régionale et l'Association canadienne pour la santé mentale, et qui a obtenu un prix du Centre de prévention du suicide, est actuellement vendu dans des écoles où il donne des résultats intéressants. Entre autres, la jeune femme qui joue le rôle principal dans la pièce était considérée il y a cinq ans comme une suicidaire chronique. Elle coûtait donc beaucoup au système de santé : elle téléphonait tous les jours au centre de prévention du suicide, elle appelait constamment son thérapeute et elle se retrouvait à l'hôpital en moyenne trois mois par année. [...] Cela a duré sept ans ! Et depuis quatre ans qu'elle travaille avec l'ÉNAM, elle n'est pas retournée une seule fois à l'hôpital. »⁹⁹⁵*

La marionnette joue un rôle de communication chez les enfants sans faire usage de la violence, mais aussi augmente la capacité des jeunes à prévoir leur avenir d'une autre façon. L'artiste Pierre Danseau, de Québec, opte pour une autre observation qui met l'artiste au centre de la création. Cela paraît différente de celle observée chez les participants aux exercices précédents. Dans ses différents ateliers qu'il dirige intitulés Entr'Actes, il en fait usage sous l'angle thérapeutique. *« À son avis, l'art est un mode d'expression au sein duquel l'artiste, bien encadré, peut jouer le rôle d'agent d'intégration sociale. Cela permet aux productions artistiques d'atteindre une plus grande qualité. L'engagement d'artistes agissant en tant que tels – qu'ils aient ou non des compétences thérapeutiques – est essentiel à la fois pour l'animation du groupe et pour la production du spectacle. C'est aussi plus intéressant pour le public, quel qu'il soit. Les ateliers sont toujours donnés par deux animateurs, deux artistes formés par Pierre Dansereau, qui possède lui-même une formation en danse, en sociologie et en orthopédagogie. Le travail s'étend sur un an avant de déboucher sur une représentation publique. Les participants, unis par un commun désir de créer – que ce soit en*

⁹⁹⁴ École Nationale d'Apprentissage par la Marionnette, 870 rue Boily Chicoutimi, Québec, Canada, G7J 2Y4, tel : (418) 549 6262.

⁹⁹⁵ Michel VAÏS, « Le théâtre utile : entre loisir et thérapie » Jeu : revue de théâtre, n° 91, 2 1999, p.103-119, p. 4.

musique, en danse ou en théâtre –, proviennent de tous les horizons. Les Ateliers Entr'Actes, qui viennent de recevoir le prix Services professionnels de l'Association québécoise pour l'intégration sociale, sont invités un peu partout. Ainsi, ils collaborent avec le groupe Créam en Belgique, qui a coproduit le film *Le Huitième Jour* de Jaco Van Dormael, ainsi qu'avec des Latino-Américains. Ils donnent des conférences pour expliquer leur démarche, qui est assez innovatrice, mais qu'ils essaient d'appliquer, selon Dansereau, dans un cadre éthique indispensable. Appelée à prendre la parole, Hélène Beauchamp, professeure de théâtre spécialisée dans les jeunes publics, explique que ces démarches de "théâtre utile" l'intéressent pour plusieurs raisons. D'abord, elle a codirigé (avec Jacques Forget, professeur de psychologie) le mémoire de Marie-Josée Plouffe sur la participation d'adolescents autistiques à des ateliers de jeu dramatique. C'était une manière d'entrer par une activité "lourde" dans le domaine qui nous occupe. Elle avait aussi assisté à une séance donnée par le Théâtre Aphasique. Comme deuxième porte d'entrée, elle se souvient qu'il y a quinze ou vingt ans, quand on se réunissait pour parler de théâtre pour enfants, les adultes présents disaient : "Nous faisons du théâtre pour eux parce qu'eux-mêmes ne peuvent pas en faire." Ou alors : "...parce que s'ils en font, c'est beaucoup moins bon que ce que nous, professionnels, pouvons leur présenter." À cette époque, on demandait toujours aux artisans du théâtre pour enfants pourquoi ils n'intégraient pas ceux-ci au moins dans les discussions qui entouraient le spectacle. Finalement, on en est venu à considérer que les enfants et les adolescents pouvaient aussi comprendre ces formes et ces techniques, et dire des choses qui leur tenaient à cœur. »⁹⁹⁶

Il est donc logique de se poser une question ou de chercher à savoir le désir réel du patient sujet d'étude à ce genre d'ateliers. Parler de l'art dans une activité de création qui stimule le désir premier du patient et qui se met au milieu de l'exercice, les psychanalystes l'appelaient « saisissement créateur ». C'est le flash à partir duquel le comédien-marionnettiste va essayer de créer quelque chose. Mais avant tout, il doit chercher à savoir où en est le patient en difficulté pour mieux placer un travail de création, de production et de composition afin de créer une œuvre. La dernière étape sera la représentation de la création en public pour qu'elle soit appréciée par les autres.

Comment l'artiste thérapeute va-t-il intervenir pour aider son patient surtout lorsqu'il est aphasique, trouble affectant l'expression orale et/ou la compréhension du langage, qu'il soit écrit ou parlé ? « Anne-Marie Théroux répond qu'au Théâtre Aphasique, il est évident que, au départ, les interprètes ne sont pas des artistes, mais des gens qui viennent essayer quelque chose de nouveau pour eux. Ce n'est pas du tout sur son talent qu'on évalue quelqu'un. Ce sont des acteurs non professionnels et non "prédisposés". Les personnes aphasiques sont des gens qui ont eu une lésion au cerveau et qui ont perdu du jour au lendemain l'usage de la parole et la compréhension du langage. Souvent, ils ne peuvent plus lire ni écrire, bien qu'ils aient conservé leur intelligence. Ils sont donc emmurés dans une incapacité de communiquer. Auparavant, ils étaient peut-être plombier, médecin ou autre ; ils n'ont pas nécessairement d'aptitude ou de goût pour le théâtre. On leur offre de jouer, parfois ils ne sont pas intéressés, puis ils reviennent, regardent... Il y a deux choses qu'il faut distinguer, selon Anne-Marie Théroux : ce qui appartient à l'art dramatique et ce qui revient

⁹⁹⁶ Ibid., p. 5.

à la représentation théâtrale. Quand on travaille à un spectacle avec des personnes aphasiques, on veut rejoindre un public. Il y a pourtant tout un volet, très important, qui n'est pas de cet ordre, mais qui peut amener des gens à découvrir en eux le goût du théâtre. Ils vont développer leurs moyens à leur façon et, parfois, on est surpris de voir émerger graduellement de vrais talents, qui peuvent s'exprimer à l'occasion des spectacles. Pour elle, lorsqu'il y a représentation publique, le théâtre devient acte de langage. Du jour au lendemain, ces exclus de la scène politique ou sociale prennent la parole devant un public. Est-ce que les spectateurs sont dans les mêmes dispositions que lorsqu'ils vont voir un Molière ? Elle ne le croit pas. Il y a un partage. On vient écouter des gens qui, d'habitude, ne peuvent pas prendre la parole et qui le font avec des moyens divers. C'est peut-être cela qui est intéressant sur le plan artistique : que ce soit par le mime, par la marionnette ou autrement, les productions ne peuvent pas être évaluées avec le même regard. »⁹⁹⁷

Dans cette partie, le rapport avec la fiction est découvert, car au théâtre, le spectateur sait habituellement que l'acteur n'est pas forcément confronté à une histoire qui le touche directement. En revanche, au théâtre aphasique, l'acteur joue ou interprète lui-même ses difficultés, ses souffrances et même son anxiété. Par conséquent, le regard du spectateur est absolument partagé entre la réalité et la fiction. Il n'a donc pas le même regard qu'au théâtre normal. « Donc, en tant que spectateur, on est partagé entre la réalité et la fiction. On ne peut pas avoir le même regard. Richard Bouchard est d'accord avec Pierre Dansereau quand il parle de l'artiste qui intervient avec des moyens artistiques. Il trouve cela mieux que de faire appel à des artistes ayant connu des difficultés. À l'ÉNAM, la première phase du travail ne vise pas un spectacle : on utilise la marionnette surtout comme moyen d'analyse, outil d'intervention ou médiateur. Après avoir travaillé un certain temps, le participant sent la confiance s'installer chez lui. Par la suite, si on décide de monter un spectacle – comme c'est le cas pour l'allégorie de Platon –, le rôle artistique des intervenants consiste à protéger l'individu en faisant appel à ses compétences. Certains se demandent ce que le théâtre de marionnettes peut apporter comparativement à la musicothérapie ou à la zoothérapie. Pour Bouchard, la marionnette n'est pas meilleure qu'un autre médium ; la seule différence est qu'elle regroupe plusieurs arts : sculpture, peinture, théâtre, écriture... On peut passer par le dessin, le mouvement, la danse, bref, utiliser différents modes d'expression pour faire appel aux compétences de chacun. On peut rencontrer quelqu'un de fort en technique, ou en musique, pourquoi pas ? Il s'agit de développer sa confiance. Ce sont souvent des gens qui ont été – ou qui se sont eux-mêmes – démolis, et qui se trouvent en terrain miné. Ils ont besoin de se valoriser, et l'art va y contribuer. Ils vivent deux expériences : l'une dans l'imaginaire, relative à l'histoire qu'ils élaborent, et qui apparaît comme un tunnel avec une lumière au bout (sans que l'on sache toujours si c'est un train ou la sortie !), l'autre dans le réel, relative au travail du groupe. Ce travail, quotidien, oblige à se lever le matin, à être là, à participer, à respecter les autres, à faire appel à ses forces intérieures. Selon Bouchard, il faut éviter que le spectateur puisse s'apitoyer. Si un participant a de la difficulté à parler, c'est un autre qui lui prêtera sa voix. Si quelqu'un a du mal à manipuler des marionnettes, un autre le fait à sa place, et ainsi de suite. On essaie de protéger la personne pour qu'elle devienne gagnante. En fait, l'essentiel est de découvrir les limites thérapeutiques de l'art. »⁹⁹⁸

⁹⁹⁷ Ibid., p. 6.

⁹⁹⁸ Ibid., p. 7.

1) Les outils de la marionnette

Dans le répertoire du théâtre de la marionnette – le théâtre aphasique –, les patients et/ou les participants travaillent tous ensemble sur des textes écrits par eux-mêmes, c'est-à-dire qu'ils retravaillent et ils expriment une part de leur histoire, de leur personnalité, de leur ressenti et/ou de leur ressentiment. « *En revanche, Françoise Godel préfère travailler sur des textes d'écrivains, comme Jean Cocteau. Elle précise que ses objectifs rejoignent à la fois ceux de Pierre Dansereau et de Richard Bouchard. Pour elle, c'est le travail théâtral en soi qui constitue l'acte thérapeutique, avec tout ce qu'il comporte d'apprentissage, d'acquisition d'habiletés, d'attention aux partenaires, d'éveil de l'imaginaire, etc. La thérapie est donc inhérente au travail théâtral. Par ailleurs, et en cela elle rejoint l'approche de Richard Bouchard, la compagnie Notre Théâtre cherche à montrer les comédiens à leur meilleur. Voilà pourquoi Françoise Godel a renoncé à faire du théâtre verbal. Ce qui ne veut pas dire que les participants ne discutent pas ensemble beaucoup ; d'ailleurs, leur façon de s'exprimer s'améliore sensiblement après trois ou quatre ans de travail théâtral. Mais par choix, les productions sont non verbales. On donne aux participants accès à des œuvres, après toute une préparation, bien sûr. En fait, la représentation n'arrive que quand ils sont prêts. Il faut environ deux ans pour préparer un spectacle d'une heure. Deux années d'exploration, d'acquisition de nouvelles techniques, de façon à toujours monter un spectacle plus développé, plus raffiné que le précédent.* »⁹⁹⁹ Les participants proposent un texte avant de commencer à jouer et le comédien chargé du contrôle artistique et dramatique vérifie la conformité du texte et imagine la faisabilité du scénario. Lors des répétitions, le texte peut être retouché et retravaillé d'une autre manière tout en restant dans le contexte des participants. Après une première représentation en public, les participants et même le comédien en charge de la gestion des ateliers peuvent proposer quelque idée ou apporter de nouveaux regards sur l'ensemble du travail pour améliorer la prochaine représentation. « *Hélène Beauchamp, qui a vu ce spectacle Prévert, souligne que la mise en scène de Françoise Godel était d'un intérêt extraordinaire. Les acteurs faisaient ce que l'on peut appeler des partitions physiques. C'est-à-dire une chorégraphie de déplacements que les spectateurs pouvaient facilement lire. À partir de là, elle s'est demandé si les deux acteurs avaient conscience de la lecture que les spectateurs faisaient du spectacle. Dans une séquence, deux personnes entrent en poussant un landau ; on voit ensuite une séparation du couple, on entend La Chanson qui nous ressemble (composée sur les Feuilles mortes), l'homme reste seul et il prend une serviette suspendue à une corde à linge pour en faire un enfant. Il est donc partagé entre le bonheur d'écouter cette chanson qui leur ressemble et sa tristesse d'être séparé. À la fin, une autre femme arrive avec un landau, s'intéresse à son enfant, et ils partent ensemble sur une note d'espoir.* »¹⁰⁰⁰

Qu'en est-il donc des autres personnes qui participent et qui jouent cette chorégraphie ? Quel sont leur apport et leur risque ? Quel est leur état ou niveau de conscience ? Qu'en est-il de leur corps ? « *Richard Bouchard pense qu'il n'est pas vraiment important que les participants encadrés dans une expérience artistique soient toujours conscients de ce qu'ils produisent. On ne peut pas tirer sur les fleurs pour les faire pousser ; il faut être patient. Il a vu des éveils survenir après deux ans de représentations, quand*

⁹⁹⁹ *Ibid.*, p. 7, s.

¹⁰⁰⁰ *Ibid.*, p. 8, s.

quelqu'un se rend compte tout à coup de l'importance d'un spectacle, d'un sujet ou d'une thématique pour lui. Françoise Godel intervient à nouveau pour préciser l'approche de Notre Théâtre. On enseigne des techniques corporelles, l'éducation du regard, la manipulation d'objets, etc., à partir de lesquelles les participants se livrent à des explorations, à des improvisations. Quant à la mise en scène, bien qu'elle en assume personnellement la conduite, Françoise Godel souligne qu'elle est aussi faite de trouvailles qui, le plus souvent, viennent des comédiens. Ainsi, elle n'avait d'abord pas inclus la chanson des Feuilles mortes dans la dernière pièce. Elle trouvait cette chanson de Prévert tellement forte qu'elle avait préféré la laisser de côté faute de pouvoir bien l'intégrer au spectacle. Or, le comédien qui jouait l'homme abandonné par sa femme – Pierre-Luc – était si bon qu'elle souhaitait lui faire jouer un solo. C'est alors qu'elle s'est souvenue d'un exercice qu'elle avait donné un jour en atelier, qui consistait à transformer en bébé un torchon de cuisine et à jouer avec sur un fond de berceuse. Or, Pierre-Luc a soulevé le torchon, l'a replié délicatement, l'a installé sur son épaule et l'a traité avec une telle application que tout le monde en a eu le frisson. Cette scène était donc sa création à lui. La Chanson qui nous ressemble a suivi naturellement. Françoise Godel conclut que les moins handicapés connaissent bien le sens du texte et des mots. Quant aux autres, ils saisissent l'atmosphère. De toute manière, le spectateur ne comprend pas nécessairement tout non plus lorsqu'il va au théâtre. Pierre Dansereau a peur que l'on prétende faire de la thérapie par l'art, mais sans véritables thérapeutes. Il préférerait que les artistes et les thérapeutes travaillent dans leur spécialité respective. Il rappelle que les arts constituent toujours un risque à assumer, qu'ils soient pratiqués par des personnes handicapées ou non. Il prône une intégration sociale, au sein même des ateliers. En tant qu'organisme de ressources, les Ateliers Entr'Actes recommandent à des artistes des personnes handicapées, qui dès lors travaillent avec ceux qui les ont choisies, que ce soit pour des spectacles professionnels ou non. Il y a des ateliers de loisir, d'autres professionnels, en théâtre, en musique, en marionnette ou en danse. Richard Bouchard revient sur l'idée de risque. À l'ÉNAM, il laisse aux thérapeutes ce qui relève de la thérapie ; la plupart des gens avec qui il travaille fréquentent un psychiatre ou un psychologue, parfois les deux. Mais, par ailleurs, tout travail artistique implique un risque. Donner une médication à quelqu'un comporte aussi des risques. Va-t-on garder telle personne dépendante de sa médication toute sa vie ou doit-on intervenir ? Comment peut-on aider cette personne à se reprendre en main ? Il s'est déjà fait dire qu'il avait pris certains risques, mais, au bout du compte, cela avait été rentable. Il peut s'agir, par exemple, du risque de déclencher un état de crise. C'est là que l'éthique intervient : Richard Bouchard reste toujours en rapport avec des personnes-ressources, et jamais il ne dira à un participant de cesser sa médication ou de ne plus voir son psychologue. Par contre, par l'écoute, il contribue à trouver des solutions. »¹⁰⁰¹

Il faut tout d'abord comprendre que les techniques de scénarisation ne suffisent pas à changer les comportements de la personne. Mais le fait que le participant soit aussi le metteur en scène de sa propre histoire, de sa propre vie et de ses angoisses, aide l'individu à prendre conscience de son comportement le plus rapidement possible. Il en est de même chez un patient lorsqu'il a un acte, un geste, de tels mouvements répétitifs dans un même scénario de nature à lui provoquer des problèmes. Il faut donc envisager de changer de rôle pour

¹⁰⁰¹ Ibid., p. 9, s.

améliorer son état de santé d'une part, et, d'une autre part, de faire progresser le scénario après discussion avec le comédien-marionnettiste.

Le corps du patient participant à l'atelier peut être considéré comme un outil de la marionnette lorsque l'un des patients met son corps en expérimentation et se laisse manipuler comme la marionnette. Par exemple lorsque le corps est soumis à un thème concentré sur l'étude de l'anatomie. Il en est de même lorsque l'idée est de valoriser certains personnages en utilisant le corps humain. Comme le précise la didascalie « *(Andreoli relève la dépouille de Mazzini et essaie de la faire tenir debout), cet éloge funèbre est proféré en manipulant une grande marionnette représentant la "momie de Mazzini", dont les yeux morts, à l'évocation de la putréfaction du bas-ventre, sortent des orbites et roulent à terre puis sont replacés par l'acteur-marionnettiste Andreoli.* »¹⁰⁰²

a) Le masque de la marionnette

La peur d'être sous un masque est très fréquente chez certains patients. Le masque joue deux rôles pour celui qui le porte : soit il est révélateur du soi-même, soit il est au contraire un refuge pour soi-même.

Dans beaucoup d'ateliers, certains patients ont eu du mal et de la difficulté, tant physique que morale de porter un masque. Chaque dirigeant d'atelier de théâtre de type marionnettes doit faire attention lorsqu'il travaille avec des participants qui ont des problèmes de peau, de respiration, de concentration, ceci d'autant plus s'il s'agit d'un patient claustrophobe. Tous ces troubles physiques et psychiques ont des relations avec le système auditif, visuel, olfactif et cognitif.

Il est moins difficile chez le patient de travailler avec un masque porté, car c'est facile pour lui de revenir rapidement à son visage propre tant que celui-ci n'est pas fixé avec des attaches. C'est donc très facile de le retirer du visage. Il est derrière le masque et le contact est très faible, mais le masque utilise les yeux du patient et oblige son corps à travailler et à jouer de façon complémentaire. « *Il existe le masque-chapeau, la grosse-tête où le regard est placé au-dessus ou au-dessous des yeux, l'effet produit est alors différent, les mouvements de la tête et du corps doivent être recherchés pour correspondre au regard du masque. Il existe aussi le masque qui évolue. C'est-à-dire un masque qui possède une expression neutre, et il faut lui donner des sentiments de joie ou de tristesse de par les attitudes du corps. Certains ont été plus à l'aise avec le masque fixé au bout du bâton, mais la structure du personnage lui a donné vie différemment. Il semble plus intéressant de fabriquer un masque sans idée préconçue, sans modèle, mais plutôt de représenter un personnage né de notre propre imagination, en se laissant aller dans une création immédiate, en découvrant les formes, les possibilités de la matière.* »¹⁰⁰³

Jusque-là, il est indispensable de se poser la question, d'où vient l'imagination ou l'inspiration pour confectionner un masque ? La plupart du temps, les enfants s'inspirent des bandes dessinées, des contes des fées ou des héros télévisés. Certes, c'est un peu regrettable que l'imagination des enfants soit actuellement limitée à des images véhiculées par

¹⁰⁰² Françoise DECROISSETTE, « *L'Histoire derrière le rideau, écritures scéniques du Risorgimento* », sous la dir., Collection, Le Spectaculaire, Presses Universitaires de Rennes, 2013, p. 321.

¹⁰⁰³ Benardette JOST, Gilbert BROSSARD, « *Marionnette et Thérapie* », *op. cit.*, p. 3, s.

l'audiovisuel alors que du côté des adultes, leur imagination se construit sur l'attrance du langage, du verbe et du mot.

En revenant sur le jeu en miroir qui laisse deux participants travailler en collaboration, « *le masque de l'autre nous renvoyait une certaine image, de la personne portant le masque, mais aussi à la nôtre puisque nous essayions de trouver les attitudes que nous suggérait le masque. Ce jeu, c'est aussi établir une relation à deux, un début de communication sans utiliser la parole, uniquement le geste, le regard. Être deux pour découvrir son propre masque afin de renvoyer à l'autre des images, des attitudes tel un miroir vivant. Un jeu dans lequel nous essayons de ressembler; une recherche par mimétisme. Le masque semble avoir alors un rôle magique nous renvoyant aux sociétés primitives qui l'utilisaient lors de fêtes, d'exorcismes, d'initiation...*

Passage du masque au bout du bâton.

Nous n'avons pas assez joué avec ce masque au bout du bâton afin de bien saisir le passage de notre regard du masque à la marionnette. Il y a transfert des yeux, la marionnette peut d'elle-même voir; nous regarder; notre propre regard n'est plus derrière le masque. Nous avons voulu habiller rapidement cette marionnette, lui donner vie par le corps, alors qu'elle possédait déjà une vie par le regard. »¹⁰⁰⁴

Dans l'article publié dans *La revue de théâtre* aux éditions du Jeu, Michel Vaïs se pose la question de savoir si la marionnette est plus une thérapie que de l'art. Il arrive parfois au patient de jouer son histoire dans l'action théâtrale avec un masque qui représente son propre personnage. Michel Vaïs a pris l'exemple de Richard Bouchard qui parlait du travail concret mené à l'École Nationale d'Apprentissage par la Marionnette au Canada : « *Il lui est arrivé de travailler avec un homme considéré psychotique, qui en voulait aux femmes, aux policiers, aux "bœufs", à son psychiatre. Il avait pris de la drogue, vivait isolé dans un chalet, avait pratiqué des arts martiaux et se préparait à la Rambo, avec des sacs de sable, en se disant qu'à un moment donné quelqu'un allait payer ! Cet homme lui faisait beaucoup penser à Marc Lépine, l'auteur du massacre de la Polytechnique. Heureusement, les gens de l'ENAM, avec leurs marionnettes, n'apparaissent pas trop menaçants pour lui. Et il est vrai qu'il cherchait une porte de sortie. Il était du genre à dire à un psychologue : "C'est grâce à moi que tu gagnes ta vie." Ce n'est pas facile, poursuit Bouchard, de travailler tous les jours avec ce genre de personne, de l'écouter pendant une heure dire du mal des femmes. Quand on lui demandait s'il avait eu un problème avec une fille récemment, il se défoulait comme un torrent. Ça a été le début de l'atelier, qui a duré des mois. Après, on a exploré la thématique de la métamorphose, entre autres. On lui a fait jouer son propre rôle. Puis, on a laissé la cassette sur une tablette pour la ressortir un mois plus tard afin qu'il se voie à nouveau. On lui a démontré son niveau d'estime de lui-même, en faisant un petit point sur une feuille, et une grande barre pour indiquer sa frustration. Petit à petit, on a remonté l'estime de soi, on a mis en valeur ses capacités, et aujourd'hui, même si ce n'est pas fini, il arrive à fonctionner en société sans danger pour autrui ni pour lui-même. Hélène Beauchamp note que l'on parle beaucoup de thérapie. Cependant, au colloque pour l'accès aux arts des personnes handicapées (le premier au Québec), organisé par Marie-Josée Plouffe au lac Saint-Pierre, en octobre 1998, celle-ci avait réussi à trouver pour désigner chacune des salles du colloque*

¹⁰⁰⁴ *Ibid.*, p. 4.

le nom d'un artiste handicapé. Elle se demande donc si l'on est toujours en relation d'aide, en train d'essayer de guérir quelqu'un, ou s'il peut y avoir place pour l'expression artistique. Faut-il toujours guérir les gens de la société dans laquelle ils vivent ? Ce lien thérapeutique qui prend le dessus la met mal à l'aise. Si la thérapie a une finalité, l'art en a une aussi. Il ne faut pas les confondre. »¹⁰⁰⁵

b) Que peut être l'artiste-marionnettiste dans le jeu du psychodrame ?

Dans cette partie, ce travail de recherche propose une manière de savoir-faire pour ceux qui veulent travailler dans l'art, surtout dans la dramathérapie basée sur le jeu de la marionnette. Ainsi des étudiants qui sont en apprentissage de la marionnette, programme qui consiste à créer un lien direct de façon intime entre l'expression par l'art, la thérapie et le loisir, tout en accordant plus d'attention et d'importance au patient examiné. Tous ces étudiants doivent avoir des notions très solides en psychologie, mais en revanche, ils restent toujours des artistes, des comédiens et des acteurs professionnels et ils doivent absolument s'exprimer par l'art. Cette démarche se rapproche ou est même le fondement de la qualité artistique à laquelle recourt toute forme liée au psychodrame du théâtre individuel ou en groupe, que ce soit par l'usage du masque, du geste, du mime ou du regard et autres. Ceux qui détiennent des bases de psychologie et qui maîtrisent bien le théâtre et ses outils seront des comédiens-thérapeutes qualifiés. Par exemple une étudiante qui « *a choisi de travailler avec des jeunes en difficulté. Elle fait actuellement des ateliers d'art dramatique dans un centre communautaire, avec des adultes ayant été hospitalisés pour schizophrénie, tentative de suicide, etc. Ce qui lui importe, c'est donc bien sûr le point de vue thérapeutique, mais aussi de soigner le type d'exercice théâtral, afin de s'engager avec eux dans une exploration artistique intéressante. Pierre Dansereau demande si les thérapeutes issus de Concordia sont reconnus par leurs pairs, en tant que thérapeutes. Pour sa part, il assure qu'aux Ateliers Entr'Actes, lorsque les animateurs artistes (qui ont une formation première en art et secondaire en psychologie) s'aperçoivent de leurs propres limites, ils font appel à des thérapeutes compétents. Au fond, il met en question l'idée même de l'art-thérapie, affirmant qu'il est préférable de voir un artiste œuvrer uniquement comme artiste, et de recourir à des thérapeutes en cas de besoin. Louise Rinfret réplique qu'à la fin de son cours, elle sera reconnue comme psychologue. Sauf qu'au lieu de s'être spécialisée en approche "behavioriste" ou psychanalytique, elle le sera en art dramatique. Il se trouve qu'avant de se consacrer à ces études elle était – et est encore – comédienne et auteure. En réponse à Pierre Dansereau, elle affirme aussi que les diplômés de maîtrise à Concordia sont reconnus par l'Ordre des psychologues. Quant à elle, elle sera membre à la fois de cet ordre professionnel et de l'Union des artistes. Pierre Dansereau regrette pourtant que souvent – notamment dans la région de Québec, où il vit –, on voie des gens s'afficher comme art-thérapeutes, sans aucune formation, car le titre n'est pas protégé. »¹⁰⁰⁶*

Le lien entre l'intervention thérapeutique et l'art démontre que si le comédien-thérapeute utilise la marionnette avec un individu, il lui est alors possible de l'appliquer au sein de la collectivité. D'après plusieurs enquêtes, certains thèmes de références reviennent de

¹⁰⁰⁵ Michel VAÏS, « *Le théâtre utile : entre loisir et thérapie* », *op. cit.*, p. 11.

¹⁰⁰⁶ *Ibid.*, p. 12.

temps en temps dans le champ des différents ateliers et répondent à des problématiques générales touchant la société. Tous les moyens techniques servent à théâtraliser ces différentes thématiques et à les transformer en représentation d'images dans le subconscient d'un individu ou pour toute la collectivité, dans le but de favoriser le changement des comportements, des attitudes et l'ouverture à l'autre. « *Michel Brais propose quelques pistes de réflexion. Il dit avoir travaillé plusieurs années avec "des acteurs adultes consentants non professionnels", sur des créations collectives, alors qu'il coordonnait le programme de théâtre populaire au CÉGEP de Rosemont. Il cite des spectacles avec des patients psychiatisés. La plupart des participants avaient des objectifs de nature non pas artistique, mais personnelle. On venait là pour mieux prendre sa place dans la vie, pour mieux s'exprimer ou dépasser sa gêne. C'est pourquoi, par souci d'éthique, il a entrepris une formation en psychothérapie afin de connaître ses limites comme intervenant. Aujourd'hui, il est psychothérapeute et formateur d'acteur : il enseigne dans des écoles professionnelles (UQÀM, École nationale de théâtre) et, au cours d'un même atelier de trois heures, il lui arrive d'être successivement professeur de théâtre, directeur d'acteur, pédagogue et thérapeute. Il estime que beaucoup de choses que l'on a nommées thérapie sont en réalité de l'éducation, ou de l'art. Il est vrai que toutes les démarches dont on parle ici utilisent le théâtre comme médium. Parfois, cela donne des résultats, une œuvre d'art, autant que chez des professionnels. Mais, poursuit-il, selon la grille d'Anzieu, pour qu'il y ait une œuvre d'art, il doit y avoir une plongée, une régression, une fabrication d'images qui s'enracinent dans la sensibilité personnelle du créateur. Il faut qu'il y ait une transposition, un travail de style et la rencontre de l'autre, donc d'un public. Selon la grille de Gaudibert, il y a trois types d'œuvres : les œuvres d'expression (les témoignages), celles de créativité (où l'on trouve une amorce de virtuosité, mais sans que cela devienne une œuvre d'art), et l'œuvre de création, qui se tient par elle-même, et que l'on n'est pas obligé d'expliquer chaque fois pour que les gens l'apprécient. Le problème, c'est que pour produire une œuvre d'art, il faut à la fois une capacité à la vulnérabilité et une possibilité de virtuosité. Souvent, les professionnels ont beaucoup de virtuosité, mais manquent de vulnérabilité. Ils savent ce qu'ils font comme artistes, mais pas comme créateurs sur scène. Parfois, on voit le cas inverse. Mais toutes ces démarches sont valables. Il faut juste que le contexte de la représentation soit cohérent. Il ne faut pas prétendre, avec une œuvre d'expression, pouvoir s'adresser au public d'un festival de théâtre international.* »¹⁰⁰⁷

Ici, il est encore intéressant de parler de l'utilité du théâtre puisque plusieurs actions théâtrales utilisant le masque rendent les joueurs plus créatifs et plus libres dans l'espace intérieur dédié au déroulement du jeu. C'est pourquoi le travail théâtral a besoin d'un travail de symbolisation, d'information, d'éducation, et de communication, mais aussi de conscience et de transformation de tous les enjeux psychiques profonds pour avoir la qualité de thérapie. Toutefois, l'estime de soi ou l'intégration apprise d'une démarche artistique n'est pas forcément une thérapie, mais elle fait quand même partie du processus thérapeutique. « *Enfin, Brais estime que cette question intéresse aussi la psychothérapie, qui trop souvent traite la pathologie plutôt que le potentiel créateur des êtres humains. Pour sa part, il ne parle plus de guérir des blessures psychiques, mais de les remettre en jeu. Les thérapeutes auraient*

¹⁰⁰⁷ *Ibid.*, pp. 14-15.

avantage à apprendre ce que font les art-thérapeutes, pour renouveler leur pratique, conclut-il. Au lieu d'allonger les malades sur des divans, faisons-les jouer sur une scène ! »¹⁰⁰⁸

2) Une analyse de l'atelier de marionnette

Il est indispensable de parler ou de faire la présentation des outils de l'art-thérapie pour mieux comprendre l'analyse des ateliers thérapeutiques fondés sur le jeu de marionnettes. Signalons tout d'abord que les outils thérapeutiques servent en principe à évaluer l'individu et que cette évaluation s'effectue dans un objectif de connaissance de la personne. Par exemple :

- pour comprendre de près la personnalité de l'individu ;
- pour déterminer la nature de son problème ;
- pour déterminer les conséquences d'une intervention thérapeutique dans un but d'action théâtrale ;
- pour mieux adapter l'action culturelle et thérapeutique tout en prenant en compte les différentes caractéristiques de l'individu.

Le déroulement de l'atelier thérapeutique nécessite une fiche technique d'observations permettant au comédien-thérapeute d'assurer la prise en charge du malade de façon évolutive. C'est l'artiste marionnettiste qui la remplit lui-même à la fin de chaque exercice, afin d'en apprécier l'efficacité et de mettre en place éventuellement une nouvelle stratégie de pratique artistique. C'est une manière de recentrer l'activité sur ses buts et ses valeurs escomptés. Il décrit dans la fiche technique les difficultés dont souffre son patient et essaie de les localiser par divers mécanismes de pratique artistique. Raison pour laquelle il est contraint quelquefois de prévoir ou de reformuler un objectif intermédiaire. La fiche technique est un recueil des données du comédien qui inscrit toutes les informations jugées nécessaires par rapport à ses objectifs thérapeutiques. Ce recueil est une base qui constitue la mémoire de l'atelier et le suivi du patient. Il est différent ou il comporte différentes informations selon les difficultés dont souffre le patient et les mesures de prise en charge. Par exemple certaines données susceptibles d'être mentionnées dans le recueil :

- indiquer des informations générales comme l'âge, le sexe, la croyance, les raisons de la prise en charge et les objectifs thérapeutiques envisagés ;
- indiquer la manière dont la pratique artistique doit s'effectuer et les techniques déjà utilisées ;
- marquer les effets, les phénomènes artistiques, indiquer les intentions, les impressions et les actions envisageables par rapport aux attentes thérapeutiques ;
- identifier la capacité de discernement de l'individu ;
- mesurer sa capacité relationnelle avec ses proches et son entourage ;
- préciser les capacités esthétiques de l'individu et son implication dans l'activité ;
- identifier ses goûts, ses plaisirs et les émotions qu'il a pu avoir lors de la séance.

¹⁰⁰⁸ *Ibid.*, p. 15.

À la fin de l'exercice, un bilan de l'expérimentation clôture la fiche d'observation et met en évidence tous les éléments repérés correspondant aux obstacles rencontrés lors de la séance. Il permet de l'évaluer par rapport aux autres participants souffrant de la même pathologie et d'ainsi recadrer les moyens en place si nécessaire.

Il y a aussi le choix des items qui se fait à partir des objectifs et des faits précis. Ils se définissent comme les plus petites unités de valeur pour repérer et pour évaluer le comportement d'une personne. Ce choix se centre sur des faits précis, au regard de certains buts établis afin de visualiser son évolution par rapport au processus thérapeutique et esthétique engagé par le comédien. C'est ainsi que l'analyse thérapeutique par art peut être observée tout en se référant à des mouvements du corps du patient. L'observation du comédien peut être quantitative par exemple en prenant le bras comme élément de référence, il peut compter le nombre de fois où le patient a levé ou a tendu la main ; soit qualitative lorsque le comédien qualifie le mouvement d'agression, d'impolitesse ou de politesse et/ou de geste affectueux. L'art-thérapeute peut cependant regrouper certains items en sous-groupes afin d'évaluer un faisceau d'items. Par exemple l'intention de l'individu comme un faisceau d'items : l'artiste va, dans un premier temps, décomposer cette intention par la mesure du mouvement effectué par le bras. Il en est de même lorsqu'il s'agit de la peinture, du dessin ou de l'écriture, il va regarder en premier la ou les couleurs choisies avant d'analyser l'œuvre finale. Dans l'analyse thérapeutique de l'art théâtral, les comédiens parlent d'items soit généraux, tous ceux qui sont relatifs à un objectif général, soit spécifiques lorsqu'ils sont issus d'un objectif intermédiaire, ou encore ponctuels lorsqu'ils sont liés aux cibles. Au final, les items facilitent l'évaluation des phénomènes artistiques ainsi que la spécificité de la capacité relationnelle déjà mentionnée dans la fiche d'observation.

L'analyse de cette recherche préconise l'utilisation de deux fiches techniques d'observations réparties en plusieurs rubriques lors de la séance de dramathérapie. Tout d'abord le déroulement de la séance en deux temps impose la présence ou l'utilité d'établir deux phases d'observations bien distinctes : une fiche technique d'observation sur le jeu et une autre sur la réalisation. Les items généraux correspondent tant à l'identité du patient qu'aux renseignements sur l'atelier. Tous les items sont évalués d'une part, sur le temps de jeu et, d'autre part, sur le temps de la réalisation. Les étapes d'analyse et d'observation renseignant les fiches d'observations sont :

- le degré d'implication du patient dans l'activité théâtrale ;
- les expressions, les douleurs et les différentes émotions manifestées par l'individu durant le jeu ;
- la valeur de la recherche esthétique ;
- l'interaction sociale ;
- la fin de l'exercice et les objectifs envisagés ;
- les perspectives, les observations et les impressions générales.

Ainsi d'une expérimentation très explicite sur le plaisir et l'imagination d'Antoine, tirée du mémoire de fin d'études d'Alice Duval de l'Université François-Rabelais montre qu'Antoine a bénéficié une prise en charge d'art-thérapie au sein d'un groupe à partir du mois de novembre 2010 jusqu'au mois de juin 2011 : une série de dix-neuf séances dont les objectifs généraux théoriques étaient l'amélioration de son expression, de son développement

émotionnelle et de sa communication. Il s'agissait aussi de favoriser son bien-être, de développer sa relation, son éducation et son plaisir de faire, de supporter la frustration, d'assurer une satisfaction à ses valeurs, d'améliorer sa tolérance et de ne pas mettre en échec son épanouissement. Le but du jeu était de stimuler l'expression d'Antoine et de l'inciter à agir sur l'ensemble de ses troubles relationnels. Alice Duval disait que : « *Mise à part les deux premières rencontres, que nous ne considérons d'ailleurs pas comme des séances d'art-thérapie, le temps de jeu a débuté à la cinquième séance, alors que les enfants avaient réalisé leur première marionnette. Dès les premiers temps, et ce tout au long de la prise en charge, Antoine a montré un réel plaisir à venir à l'atelier; s'investissant pleinement dans ce moment de jeu.*

Séances 5 à 7 :

Au cours des séances 5 à 7, Antoine raconte des histoires de manière spontanée, avec un plaisir visible. Il se met d'ailleurs facilement en colère lorsque ce temps de jeu se termine. Et même si Antoine est finalement content de réaliser des personnages pour ses récits, la transition avec le temps de production reste compliquée. Ses histoires sont souvent très imaginatives. Il s'agit de récits d'aventures fantastiques qui sont parfois difficilement compréhensibles. Si l'histoire n'a pas été comprise par tous, une fois qu'Antoine a terminé, le groupe reprend avec lui ce qu'il a joué afin de clarifier certaines scènes. Par moments, Antoine s'agace de voir que tout n'a pas été compris, mais il semble en même temps très fier de pouvoir réexpliquer l'histoire qu'il a imaginée. Néanmoins, lorsqu'il joue, Antoine ne semble pas tenir compte du monde extérieur; il donne l'impression de jouer seul. Il est bien placé derrière le castelet, ne laissant apparaître que ses personnages, mais il parle très vite, n'articule pas vraiment, ne parle pas fort, et tourne parfois ses marionnettes vers lui, donnant l'impression d'être entraîné par son récit. De là, l'art-thérapeute imagine occasionner des spectacles à plusieurs acteurs-manipulateurs. Il formule un item interprété se rapportant au jeu et concernant les interactions sociales :

Jeu

1 : Joue seul

2 : Semble contrarié de jouer avec une autre personne

3 : Semble indifférent de jouer avec une autre personne

4 : Prend du plaisir à jouer avec une autre personne

D'autre part, Antoine n'est pas toujours très attentif lorsque les autres enfants présentent une histoire. Il peut parfois regarder par la fenêtre ou bien encore se montrer impatient de jouer à son tour. Cette observation concerne elle aussi les interactions sociales, elle détermine un item interprété :

Attention, écoute du jeu des autres enfants

1 : Ne regarde pas, semble être ailleurs

2 : Regarde, mais semble ailleurs

3 : Attentif à certains moments, mais dispersé, papillonnant à d'autres moments

4 : Attentif tout au long des histoires

Séance 8 :

À la huitième séance, après une première histoire qu'Antoine présente seul, il souhaite rejouer. L'art-thérapeute lui propose alors de jouer avec Pierre la rencontre de leur marionnette. Antoine grogne un peu, réitérant son envie de jouer seul, mais il accepte finalement assez rapidement. Et même si le spectacle ne dure que cinq minutes, une communication s'instaure entre les deux enfants. En considérant l'autre lors du jeu, Antoine ouvre son champ d'impression, et c'est spontanément qu'il fait parler ses marionnettes plus calmement. L'objectif est atteint, mais il ne s'agit pas pour autant de le considérer comme acquis. De là, plusieurs items ressentis concernant l'expression orale d'Antoine sont formulés :

Hauteur de voix : Articulation : Vitesse d'élocution :

1 : Faible 1 : Pas ou faible 1 : Très rapide

2 : Normale 2 : Normale 2 : Rapide

3 : Forte 3 : Importante 3 : Normale

4 : Très forte 4 : Très importante 4 : Lente

Séances 9 à 13 :

Lors de la neuvième séance, avant de s'installer derrière le castelet, Antoine demande qu'un adulte prenne note de l'histoire qu'il va jouer. L'art-thérapeute note ainsi le nom des personnages utilisés dans l'histoire, puis leurs répliques, comme pour une pièce de théâtre. Antoine semble très enthousiaste lors du jeu et lorsqu'il a terminé sa représentation, il relit ce qui a été noté et corrige si certaines choses ont mal été comprises. À la séance 10, Antoine souhaite de nouveau que ses histoires soient notées. Il présente alors un spectacle qu'il termine par "à suivre...". Il explique qu'il va raconter une longue aventure qui se formulera sous forme d'épisodes. Déjà, Antoine informe le groupe qu'ils seront au nombre de neuf, et qu'il présentera deux épisodes par semaine. C'est ainsi que de la séance 9 à la séance 13, le jeu d'Antoine commence toujours par une relecture de son ancien épisode. À la séance 11, l'art-thérapeute propose à Antoine de l'aider dans son récit. Pourquoi ne pas animer la sorcière qui était apparue dans son dernier épisode ? Mais Antoine se met en colère, il exprime clairement son refus. Il souhaite jouer seul, c'est son histoire. Malgré tout, il insiste pour que ce qu'il joue continue d'être noté. Pour la séance 12, l'éducateur spécialisé et l'art-thérapeute décident de débiter l'atelier par la présentation d'un petit spectacle. Pour cela, ils animent des marionnettes "neutres". Ils s'accordent pour que leurs personnages appellent les marionnettes réalisées par les enfants à leur secours. Ils sollicitent ainsi Bibiche, la marionnette-dragon réalisée par Antoine, à leur venir en aide. Au travers de cette situation, l'objectif pour Antoine est bien qu'il les rejoigne derrière le castelet et qu'ils poursuivent cette histoire tous ensemble. S'il apparaît tout d'abord intrigué lorsqu'ils appellent sa marionnette, Antoine se montre très fier de venir à leur rescousse. En poursuivant avec eux l'histoire qu'ils ont débuté, cet objectif intermédiaire est atteint. À la séance 13, de premiers applaudissements des autres enfants apparaissent de manière spontanée à la fin du spectacle d'Antoine.

Séance 14 :

Antoine a terminé ses épisodes la semaine passée. Il semble très content de débiter une toute nouvelle histoire, et il demande que ce qu'il joue ne soit plus noté. Nous développerons plus loin dans ce mémoire, la relation qui s'est établie au fur et à mesure des séances entre Antoine et Pierre. Signalons qu'à ce moment de la prise en charge, Antoine raconte une histoire où une de ses marionnettes est prête à tuer une marionnette de Pierre, mais où Bibiche sauve Steak-grillé (la marionnette de Pierre). Une nouvelle fois, à la fin de ce temps de jeu, Antoine exprime son mécontentement de ne pas pouvoir continuer à jouer. Nous verrons plus loin qu'un exercice semi-dirigé apaisera sa frustration.

Séances 15 à 17 :

L'apport d'un micro lors de la séance 15 a donné une véritable dimension de spectacle aux différents jeux des enfants. Alors qu'Antoine a pu entendre sa voix amplifiée, son histoire est plus audible. Pendant cet atelier, il n'utilise plus le castelet comme un lieu de représentation, mais comme un élément de décor, faisant sortir ses marionnettes du cadre. Pour la séance 16, en proposant de ne pas utiliser le castelet, l'art-thérapeute permet ainsi un rapprochement entre les enfants qui regardent le spectacle et l'enfant qui le joue. Antoine parcourt alors la salle avec ses marionnettes, il se sert des chaises, de l'épaule d'une personne comme éléments scénographiques. Ses mouvements sont beaucoup plus libres. Signalons que l'humour est très présent durant cette séance. »¹⁰⁰⁹

Le déroulement du jeu avec différentes séances met en avant les œuvres plastiques d'Antoine qu'il a réalisées lors des expérimentations, mais le comédien thérapeute oriente aussi le temps de travail et de production sur différents mécanismes permettant le développement de l'expression orale d'Antoine, de son expression faciale et de sa gestuelle ainsi que de sa communication. Alice Duva, explique dans ses analyses sur les scénarios et la confection des maquettes qu'Antoine effectuait lors des travaux : « *Séances 1 à 3 : Connaissant l'intérêt d'Antoine pour les dragons, il lui est proposé lors de la première séance de réaliser un dragon animé. Cette idée semble beaucoup lui plaire. L'art-thérapeute lui suggère alors de choisir et de décider des différentes articulations qu'il veut donner à son animal fantastique. Suite à cela, Antoine dessine sur du carton les membres à articuler séparément du corps principal. Tout à fait autonome dans sa production, c'est très rapidement qu'Antoine va représenter son dragon. La mise en couleur se fait sans hésitation, il fait un choix de jaune, de rouge, d'orange et de bleu pour ses différentes parties. Mise à part les tout premiers temps d'atelier où l'exercice est proposé, Antoine semble seul avec sa production pendant toute la séance. À la fin, il apparaît très content de ce qu'il a fait. Lors de la seconde séance, Antoine s'installe vite. Il reprend ce qu'il avait commencé et se prépare à couper le carton pour séparer les différents membres de l'animal. Ce n'est pas si simple : le carton est un peu épais et les ciseaux ne coupent pas très bien. Mais l'éducateur spécialisé et l'art-thérapeute font le choix de laisser Antoine seul un temps, afin de voir s'il va leur demander de l'aide. C'est alors qu'Antoine s'énerve, il marmonne sur sa production, s'impatiente, mais il ne lâche pas les ciseaux, et ne sollicite personne. Le fait qu'Antoine s'énerve tout seul l'empêche d'avoir l'élan suffisant pour atteindre son objectif artistique. De*

¹⁰⁰⁹ Alice DUVAL, « Une expérience d'art-thérapie à dominante marionnettes auprès d'enfants présentant des Troubles Envahissants du Développement », Université François-Rabelais, UFR de médecine – Tours & AFRATAPEM, Association Française de Recherche & Application des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine, Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la faculté de Médecine de Tours, année 2011, p. 35, s.

l'aide lui est finalement proposée par l'art-thérapeute. Aide qu'Antoine accepte simplement. Une fois que les différents membres de la marionnette sont coupés, il semble ravi de les fixer ensemble avec des attaches parisiennes. On lui demande si cela lui plait et lui convient. Il sourit en répondant que oui. Il lui est alors proposé de donner un nom à cet animal fantastique. Antoine réfléchit un temps puis dit doucement qu'il ne sait pas encore et qu'il a besoin d'y réfléchir. Pour la séance 3, l'art-thérapeute met en place avec Antoine un nouveau personnage autour de la technique et du savoir-faire, de façon à créer une relation de collaboration entre eux. Il s'agit bien entendu de l'amener à avoir une production autonome, mais il s'agit également d'éveiller Antoine à l'intérêt de prendre en compte le monde extérieur dans le processus artistique. On imagine qu'un échange autour d'une technique conduira probablement Antoine à demander de l'aide lorsqu'il rencontre des difficultés. »¹⁰¹⁰

a) La confection de la marionnette ou une marionnette déjà construite

Cette problématique était très fréquente dans les discussions de chaque début de séance. D'une part, il y a les marionnettes déjà construites et, d'autre part, les joueurs, les participants fabriquent eux-mêmes leurs marionnettes. Le fait de confectionner soi-même sa marionnette facilite ou aide l'individu à avoir une meilleure projection de soi-même dans la maquette et à bien manipuler sa poupée. Il est évident que les problèmes, les conflits et les souffrances internes qui bloquent l'individu ressortent sous différentes formes selon l'expression manifestée par son corps et la valeur donnée à la marionnette. Cette importance peut être mise en évidence chez le comédien-thérapeute marionnettiste, mais aussi chez le patient qui a réalisé la maquette et qui incarne aussi le personnage un peu comme son double ou son image qui exprime ses ressentis.

En revanche, les marionnettes déjà confectionnées permettent une projection des fantasmes grâce au niveau de la voix de la personne qui incarne le personnage. Il est possible que le joueur soit influencé par la poupée, soit par l'attrait de la fée comme de la sorcière et/ou d'autres. Si la marionnette est déjà construite, le champ d'expression semble plus limité et la manifestation des émotions reste plus restreinte.

Même si la salle est remplie d'échantillons de marionnettes, il manquera toujours celle qui correspond au sujet recherché. En revanche, il y a aussi les marionnettes de fonctions neutres. Elles sont confectionnées sans représenter un personnage déterminé et c'est au patient qui la met en action de choisir librement le pseudo, le rôle, et la qualité d'intervention de sa poupée. Ce sont des poupées qui ne représentent pas des fonctions déterminées dans le scénario. Mais *« celles-ci semblent plus intéressantes que les précédentes, car permettant de mettre rapidement en scène des situations propres aux problèmes du patient relatives à la famille (triangulation : papa-maman-enfant, voire autres, au travail, à l'école. En effet, le patient peut, face aux marionnettes, définir leur qualité, leur rôle, leur fonction (papa, maman, enfant, médecin...) ou leur attribuer des pouvoirs imaginaires au travers de marionnettes qu'il baptisera alors fée, sorcière, magicien, etc. »*¹⁰¹¹

La problématique existe toujours dans les ateliers et n'est pas résolue puisque certains participants demandent à les confectionner eux-mêmes, alors que d'autres cherchent la facilité

¹⁰¹⁰ *Ibid.*, p. 37.

¹⁰¹¹ Bernardette JOST, Gilbert BROSSARD, « Marionnette et thérapie », *op. cit.*, p. 5.

ou préfèrent tel ou tel type de poupée pour des raisons personnelles s'il s'agit du patient, mais chez le comédien maître du jeu ce choix est lié à des mesures de sécurité, à des raisons techniques ou pratiques ainsi que matérielles. Chacun a ses préférences et chaque méthode apporte ses avantages et ses inconvénients. Jusqu'à aujourd'hui, le débat reste ouvert et chaque analyse apporte un peu plus aux précédentes. « *Des questions, des pistes de travail – Comment peut-on aider, en psychomotricité, un enfant à reconstituer le corps au travers d'une marionnette ?*

– *Le travail du corps avec la marionnette ?*

– *Le masque, la marionnette, peuvent-ils être considérés comme un "double" ?*

– *Utilité ou non du castelet ? Il semble bien avoir pour certains un rôle très important, il se joue beaucoup de choses derrière, dans ce lieu aux vertus semble-t-il magiques. Lieu où l'on se cache, se protège, mais qui permet aussi de s'exprimer, de dire des choses impossibles à dire dans un autre lieu. Un lieu où l'on se "déshabille" en croyant ne pas être vu.*

– *Le thérapeute doit-il intervenir dans le jeu ou rester extérieur ?*

– *Le spectacle peut-il faire partie de la thérapie ?*

– *Quels sont les mécanismes profonds, intérieurs, de notre psychisme mis en jeu par le fait d'utiliser des marionnettes ? Qu'est-ce que cela éveille en nous ?*

– *Quels types de marionnettes vaut-il mieux utiliser ? Marottes, marionnettes à gaine, marionnettes à fils, etc. ? La marionnette à gaine fait plus corps ; la marotte est plus difficile à supporter dans l'agressivité en particulier chez un psychotique ; la marotte est plus perturbante, car fragile, un membre brisé angoisse parfois le malade ; la marionnette à fils semble être d'un maniement plus complexe et d'une construction trop longue, bien que des techniques puissent permettre un résultat simple et rapide, telles que la figurine dessinée puis découpée dans du papier, mais le personnage est fragile, éphémère. »¹⁰¹²*

b) La pensée d'Aristote

Aristote liait son observation de la forme et de la pratique théâtrale à tous les résultats possibles que le théâtre peut produire chez l'homme comme la catharsis. C'est donc dans l'effet cathartique du théâtre qu'Aristote rattachait l'art dramatique à la médecine. Ses observations définissaient toute activité de théâtre avec tous ses aspects, ses moyens et ses couleurs, comme une thérapie de celui qui le regarde, mais aussi de celui qui le pratique.

Plusieurs professionnels intéressés par le théâtre comme activité thérapeutique, tels que Alexandre Lazaridès, se demandent si le théâtre lui-même n'est pas une forme de thérapie collective que la société privilégie du fait de ses avantages tant dans le développement d'expressions humaines que dans l'épanouissement de l'individu. Selon Michel Vaïs, Alexandre Lazaridès rappelait « *qu'Aristote avait bien attribué au théâtre un but purgatif, en employant le mot catharsis, qui est un terme de médecine. La société qui se rend au théâtre doit en sortir avec une émotion qui l'a soulagée. Le théâtre que nous appelons divertissement ou spectacle a donc aussi son utilité. Bien sûr, c'est parfois devenu une entreprise commerciale, mais fondamentalement, quand un spectacle est réussi, c'est toute la collectivité qui y communique. La catharsis que Michel Tremblay a réussi à opérer au Québec en 1968 avec*

¹⁰¹² Ibid., p. 5, s.

les Belles-Sœurs renvoie à cette purgation qui exorcise les tabous. Si donc le théâtre d'exception, ou utile, permet de définir le théâtre en général, Lazaridès trouve qu'il a une importance considérable. Ce n'est pas un théâtre en marge ; il entoure plutôt le territoire du théâtre officiel, normatif, et en montre les limites, tout comme la maladie peut expliquer ce qu'est la santé. Le théâtre de divertissement social et le théâtre utile auraient le même objectif, celui qu'Aristote attribuait à toute forme théâtrale : une sorte de thérapie. »¹⁰¹³

C'est pourquoi certains comédiens-thérapeutes exerçant dans les établissements de soins se posent la question de savoir si la purgation du théâtre utile ne viendrait pas plus chez les comédiens qui le pratiquent que du côté des spectateurs-voyeurs. La réponse à cette interrogation reste, pour la plupart des professionnels, une évidence. Il est absolument vrai que celui qui le pratique est déjà guéri ou a tous les moyens et les astuces pour se soigner avant d'informer, d'éduquer et de communiquer avec l'autre – son *grand-public*. C'est-à-dire, avant de soigner ses patients, ses participants ou son public.

« Quant au spectacle proprement dit, Lazaridès se demande si le faire-semblant, qui est tellement important au théâtre, ne serait pas amoindri dans le théâtre utile alors qu'il conserverait toute sa latitude dans le théâtre-spectacle. La différence entre l'acteur et le personnage est fondamentale au théâtre, alors que, dans le théâtre utile, les deux tendraient peut-être à se confondre chez la personne handicapée. Richard Bouchard voit le théâtre comme un mode d'expression où existent différents niveaux d'intervention, de l'initiation jusqu'à l'aboutissement dans l'art. Tout prend son sens lorsque le spectateur vit des moments privilégiés. Cette catharsis, essentielle, contribue à populariser le théâtre, surtout dans les régions où il est moins courant qu'à Montréal. »¹⁰¹⁴

L'intervention du théâtre à l'hôpital est motivée par l'influence produite par sa fonction curative indispensable, issue de ses origines mêmes. Certes, le théâtre est plus vieux que la psychologie, mais le fondement du théâtre est recherché dans l'intégration ou l'unification entre les fonctions curatives, préventives et performatives. La thérapie par le théâtre est dans l'aspect fondamental de sa représentation d'une part, et, d'autre part, dans les rituels à l'origine du théâtre. La fonction psychothérapeutique est attachée au théâtre ou appartient à celui-ci depuis toujours. Il guérit par l'illusion, par la magie, par la sorcellerie, mais aussi il est capable de provoquer la folie. Il y a dans le savoir-faire et dans les fonctions psychothérapeutiques du théâtre, non seulement la purgation du comédien et du spectateur, mais aussi celle du mettre en scène et de l'animateur. *« Si l'artiste n'a pas envie d'avoir l'étiquette du thérapeute, l'inverse est aussi vrai. En matière de créativité, on est toujours sur le fil du rasoir, on expérimente et on prend des risques automatiquement. Le théâtre est thérapeutique à partir du moment où il permet à des gens de sortir d'eux-mêmes et d'exprimer ce qu'ils sont. L'important est d'oser, d'expérimenter, d'être dans la créativité comme animateurs ou comme metteurs en scène au service de l'humain plutôt que d'une étiquette professionnelle. »¹⁰¹⁵*

Comment le théâtre peut-il rendre fou alors qu'il est considéré comme une thérapie très efficace ? Pour répondre à cette question, l'auteur de cette recherche a observé qu'une partie des gens qui entrent dans les écoles de théâtre et d'art avec un esprit sain et un corps

¹⁰¹³ Michel VAÏS, « *Le théâtre utile : entre loisir et thérapie* », op. cit., p. 15, s.

¹⁰¹⁴ *Ibid.*, p. 16.

¹⁰¹⁵ *Ibid.*

parfait en ressortent quelques années après, avec un sérieux besoin d'être assisté par des psychothérapeutes. C'est donc la manière dont l'enseignement est dispensé qui fait la différence. L'atelier théâtre met en avant la créativité et pourtant il comporte des risques sauf qu'en art-thérapie, c'est un risque sécurisé. Il faut tout d'abord comprendre que personne n'a le monopole de l'expression artistique. Parfois, l'acteur est sur la scène et est le seul à s'épanouir pendant que le public s'ennuie tout seul. Si le théâtre est tellement créatif ou le processus engagé est une véritable création, le spectateur ne voit ni le comédien ni le personnage, mais il se voit lui-même sur la scène dans la production de l'œuvre. C'est effectivement là que réside le transfert artistique.

BJ QUELQUES ÉCHANGES ET EXPÉRIENCES ENTRE SPÉCIALISTES ET PATIENTS

Michel Vaïs explique dans son travail de mémoire que Suzane Moinard travaillait dans un établissement psychiatrique où elle dirigeait des séances d'ateliers de marionnettes avec des groupes de psychotiques. En général, elle utilisait des marottes que les participants – les patients avaient créé eux-mêmes. Toutefois, les marottes pouvaient être modifiées ou aménagées selon le groupe de travail et les objectifs envisagés par le maître du jeu. Ils utilisaient des marottes qui avaient des jambes et des bras avec des visages très marqués, raisons pour lesquelles les patients psychotiques souffraient pour assurer une bonne improvisation des scénarios. Il y avait aussi les expériences d'Odette Boone qui exerce dans un atelier d'expression libre avec des patients souffrant d'une déficience mentale très profonde et qui avaient aussi une expression verbale jugée insuffisante. Ses expérimentations se déroulaient une fois par semaine durant une heure trente de travail de groupe composé de onze participants. Parfois, il est constitué de deux groupes de cinq à six personnes. *« Ils utilisent des marottes simples : père, mère, enfant, sorcière, etc. Une expression libre pour faire sortir ces déficients mentaux de leur immobilité. Ce lieu est également le seul lieu de parole dans l'Institution. Les patients jouent derrière un castelet pendant que les thérapeutes observent et répondent, sans marottes, aux patients. Ce n'est que par la suite qu'il y a réflexion entre les thérapeutes et un psy sans les enfants. Ces deux derniers points sont assez contestés par l'ensemble des stagiaires. En effet il est dommage que les thérapeutes n'aient pas eux-mêmes leur marotte pour dialoguer, répondre aux enfants. Il est regrettable que la discussion soit faite en l'absence des enfants. Il est à noter que la marionnette est un mode d'expression créateur simple plus commode à utiliser que la terre ou tout autre moyen demandant une technique et surtout un matériel plus compliqué. La marionnette peut être un remède à la timidité, à des blocages. Il est montré que finalement le débile peut accéder au symbole. (Ceci est contesté surtout au niveau de la définition de la débilité, n'a-t-on pas plutôt souvent à faire avec des psychotiques qui ont été catalogués, étiquetés débiles). L'enfant ne semble pas faire un parcours par association libre. Il est gênant de constater qu'ici la parole est provoquée par la question de l'adulte qui se situe en position de spectateur, et en plus sans marotte. »*¹⁰¹⁶

¹⁰¹⁶ Bernadette JOST, Gilbert BROSSARD, « Marionnette et thérapie », *op. cit.*, p. 6, s.

La question est de savoir jusqu'où la marionnette peut toucher la conscience du patient ? Quelle sont son expression et son impact dans la dramathérapie ou dans la psychothérapie ? Ici, selon Suzane Moinard, l'idée principale n'est pas de guérir le malade, mais d'amorcer un début, un commencement du processus de soins et de faire en sorte que cette émergence provoque des choses qui pousseront le patient à désirer une dramathérapie, une psychothérapie ou tout simplement qui lui donneront l'ambition de voir un peu plus clairement son état de santé et l'envie d'aller loin dans sa prise en charge.

« Au niveau des marionnettes existe-t-il des risques, des contre-indications ?

Suzane Moinard : Beaucoup de choses se passent sans la parole, il faut surveiller, être attentif, au niveau corporel en particulier. La petite marotte pour les psychotiques est moins perturbante que la grande marotte dont une main passe dans le costume, une partie de notre corps se trouve alors dans la marotte. La marionnette peut éviter le passage à l'acte, ou, s'il se fait, il se fera sur la marionnette. La marionnette est alors un exutoire. Là où la parole est réprimée, la marionnette permet l'expression des souffrances dues à des carences affectives. Il est important de dire que pour l'instant, les personnes qui interviennent avec des marionnettes le font à un niveau thérapeutique, mais non psychothérapeutique. Ce lieu où se font des marionnettes, où des choses se disent, se jouent est une étape qui peut amener à une psychothérapie ultérieure, ou pour mettre en évidence des choses qui ensuite seront reprises en groupe de supervision.

Suzane Moinard : Actuellement, la phase de spectacle est abandonnée. Mais il est à noter que cette partie permettait de dédramatiser ce qui se passait dans le groupe. Le thérapeute est le témoin entre le malade et la marotte. Il faut tendre à amener la personne à s'identifier à la marionnette afin de faire dire par la marionnette ce que la personne ne peut dire par elle-même. La marionnette devient lui-même. Lors de la fabrication, il faut faire évoluer la marionnette de manière que le personnage ne soit plus un roi, une reine, une sorcière ou autre, mais devienne lui-même. Tuer l'image fausse que l'on se fait de soi ou que l'on nous donne. ("On tue un enfant", de Serge Leclair). Lorsqu'une marionnette du groupe a évolué dans ce sens, les autres évolueront à leur tour. »¹⁰¹⁷

Une autre problématique peut être soulevée vis-à-vis de l'intervention de l'éducateur social. N'y a-t-il pas un risque de laisser l'éducateur social ou spécialisé manipuler une marionnette au milieu des enfants perturbés ? Il est facilement compréhensible que l'éducateur n'ait pas suivi une formation à base de manipulation de marionnettes, il n'est donc pas un marionnettiste ni un psychothérapeute, mais il obtient la qualité de thérapeute par son rôle ou par sa relation avec les enfants qu'il a en charge. Avant d'utiliser ces moyens d'expression et de médiation que sont les marionnettes pour entrer en communication ou en relation avec les enfants, il doit comprendre le danger et avoir une connaissance des mécanismes du jeu. Cela lui permettra de bien maîtriser la situation et le déroulement de l'atelier, mais aussi d'être capable de pouvoir en parler lors des réunions de supervisions, d'échanges artistiques ou cliniques.

¹⁰¹⁷ Ibid., p. 7, s.

1) Partage d'expériences de Suzanne Moinard et Odette Boone

L'expérience qu'Odette Boone menait dans un Institut Médico-Educatif avait comme participants des débilés moyens et leur activité était une expression libre. Dans le travail de groupe, les enfants éprouvaient une difficulté à s'exprimer et il était difficile de comprendre leur personnalité, car ils avaient une expression verbale insuffisante. Il en était aussi de même pour certains qui, individuellement, souffraient de problèmes fusionnels, de blocages ou encore d'autres qui étaient inertes, opposés et qui restaient passifs et moins productifs. Ils sont tous dans le scénario – l'entreprise du jeu dramatique.

Odette Boone utilise en marionnette des personnages vivants qui se rapprochent de l'imagination du jeu. Permettre aux participants de concevoir les maquettes par eux-mêmes facilite l'ouverture fusionnelle de chacun d'eux. En l'absence de la marionnette lors de la séance, cette dernière deviendrait un psychodrame très difficile à orienter et à maîtriser. Là, il se crée très rapidement un lieu d'échange et l'atelier devient une zone d'interaction intermédiaire où il devient possible de parler de la réalité intérieure sans être en conflit avec l'autre réalité – celle de l'extérieure. Certes, au commencement, le discours de l'enfant est tellement mince, étroit ou pauvre, mais, il y a un début à tout, c'est l'amorce d'un succès de voir les enfants participer à l'exercice et commencer à s'exprimer derrière le castelet.

Bernadette Jost et Gilbert Brossard expliquent : « *Au bout de quelques semaines, les enfants font des récits plus personnels et ils parlent de l'école, de l'internat, de leur famille, de leurs rêves, de leurs angoisses, la communication passe mieux, l'intensité effective est aussi plus importante. Pendant la séance, les éducateurs notent ce qui se passe, les questions que cela soulève, et en reparlent avec les psychothérapeutes au cours d'une réflexion commune, pour en comprendre le contenu et, s'il le faut, modifier leur attitude. Actuellement, sur un effectif de 112 enfants (48 garçons et 64 filles), viennent régulièrement au castelet, entre 9 et 14 ans. Intérêt de la marionnette pour l'enfant : c'est une expression libre. Les enfants de l'Institut sont déficients mentaux, c'est-à-dire ne réagissent pas normalement aux activités intellectuelles qui leur sont proposées. Ils ont souvent des blocages en découvrant l'homme, le monde extérieur qui sont importants, et ils ont comme les autres envie de communiquer ou d'évoluer. Les causes psychoaffectives qui ont bloqué tout cela sont imprécises pour donner une ligne de conduite soit psychothérapeutique, soit psychopédagogique.* »¹⁰¹⁸

C'est donc devant ces incertitudes que l'envie s'est présentée de rechercher et de mettre en place une phase d'expression libre ayant pour principe d'aider les patients, les enfants déficients mentaux surtout, à reprendre, à redécouvrir et à retrouver rapidement leur dynamisme bloqué quelque part au plus profond de leurs corps. Ici, l'expression libre recherchée vise à pousser les patients, les participants et les enfants à sortir de leur état, de leur apparence extérieure jugée comme débile et parfois d'une passivité reconnue comme une petite mort pour ceux qui en souffrent. La plupart des artistes exerçant à l'hôpital considèrent aujourd'hui que la technique de la marionnette est importante dans le processus de soins de l'enfant, car elle l'aide à se repérer très rapidement et à s'identifier à sa propre maquette. À ce niveau, il n'est plus dans l'ambiguïté et il n'est plus retenu par la timidité qui paralysait son

¹⁰¹⁸ *Ibid.*, p. 10.

corps et qui bloquait son esprit. L'enfant ou tout autre individu qui utilise la marionnette se trouve, dans un cas ou dans un autre, manifester ce qu'il n'était pas capable d'exprimer l'autre fois ou qu'il exprimait autrement. Par exemple : *« Ce qu'il vit à l'intérieur de lui-même, qui bouge, prend un sens compréhensible et communicable. Sa voix, ses gesticulations, ses sentiments, il les donne à sa marotte malgré lui spontanément. Le déficient mental se heurte à d'énormes difficultés dans ses activités créatrices. Ses graphismes sont souvent pauvres et il n'arrive pas souvent à raconter ce qu'il a voulu dessiner. La confection d'objets à partir de matériaux bruts (terre, pâte, bois) est souvent informe, car il n'a pas acquis de connaissances suffisantes, de techniques pour savoir s'en servir et le transformer. Créer, c'est projeter à l'aide de symboles à l'extérieur de soi-même les émotions et sentiments ainsi savoir le communiquer à autrui pour pouvoir le partager. »*¹⁰¹⁹

En général, l'enfant qui arrive à construire sa maquette et à mettre son histoire sur scène est très content, il se sent vivre et surtout c'est à partir de là qu'il commence à se créer ou recréer lui-même. Une nouvelle figure de joie apparaît chez l'enfant puisque son moteur de créativité psychique reprend ses fonctions. Il remet en place la relation perdue auparavant. C'est notamment le cas, chez certains enfants qui n'ont pas de parents ou qui sont séparés de leurs parents ou qui ont des visites parentales chaque week-end ou qui ont une visite une fois par mois. Cette séparation peut susciter chez eux un sentiment d'agressivité, mais de façon inconsciente puisque ladite séparation leur provoque des troubles psychiques.

La notion de créativité dans la pratique de la marionnette au sein de l'hôpital fait appel aux symboles et pourtant l'enfant débile est en principe incapable de faire appel aux symboles. Dans les ateliers dramatiques menés au sein des établissements de santé, il est montré que les débilés mentaux ont bien évidemment accès à un certain niveau de pensée présymbolique qui leur permet d'échanger avec les comédiens marionnettistes ou les éducateurs afin de découvrir petit à petit une symbolisation. Par exemple l'atelier du « 6 février, Marcel, 12 ans. Il prend ses marionnettes parce qu'il en a envie. Il change à chaque fois. Exemples de ses propos : *J'ai envie de revoir mes parents. J'ai froid. Avant ils donnaient des cadeaux. Ma maman venait quand j'étais dans l'autre maison et même il y avait un petit garçon, je ne le connais pas, j'ai envie de les revoir. Cela fait très longtemps. Je veux savoir où ils habitent. Avant (l'autre Institution), ils venaient très souvent le dimanche. Ici, il n'y a que mon père qui vient.*

Q. Pourquoi tu ne les vois plus ?

R. Peut-être ils veulent me laisser ici, car j'y suis bien ?

Q. Qui ? Réponds avec la marionnette, ou non, derrière le castelet. Odette Boone – Dans un coin d'une pièce pas trop grande, cinq enfants. Je réponds, sans marionnette, moi ou l'éducatrice. Un seul joue derrière le castelet. Les autres comprennent souvent plus vite que nous.

– Tu te souviens quand tu étais avec eux ?

– Il y avait des tas d'enfants pour mon anniversaire. Si j'avais leur adresse, je pourrais écrire.

– Tu pourrais regarder dans ton dossier.

– Je ne sais pas lire.

¹⁰¹⁹ Ibid.

- *Pourquoi es-tu séparé d’eux ?*
- *Je ne sais pas. Ç’a été comme ça. Je pensais qu’ils allaient revenir.*
- *Tu avais des frères et des sœurs ?*
- *Non. Je ne sais pas, peut-être. Tu crois que je vais les revoir ?*
- *Je crois que tu as très envie de les revoir.*
- *Si je les voyais dans la rue, je ne les reconnaîtrais pas. Je ne sais plus comment ils sont.*
- *Tu as l’air d’être triste ?*
- *Attends, je vais te raconter. Je m’assois. C’était bien ma maison.*
- *Elle était comment ?*
- *Je ne m’en rappelle plus, mais elle était très bien. J’étais très petit.*
- *Qui t’empêche de les revoir ?*
- *Annik, éducatrice : tu veux les voir ?*
- *C’est toi qui as envie de les voir.*
- *Et le dimanche, tu ne travailles pas.*

Il prend une marionnette.

– *Ça c’est ma mère quand j’étais plus petit. Tout ce que je savais, je ne le sais plus. Ah ! Si seulement j’avais une lettre de mon père. J’avais une photo de ma mère au foyer de X. Je n’ai pas pu tout prendre. La voiture était pleine. Là c’est mon papa. Il est remarié. Voilà moi quand j’étais petit, il buvait le lait, elle donnait le lait. Là c’est une fille.*

– *Fait-elle partie de ta famille ?*

– *Oui, je ne sais pas. Des fois il y avait des filles qui venaient.*

– *Pourquoi tu parles de tout ça ?*

– *C’est à cause de mon pingouin. Je l’ai eu de mon père avant de venir ici. Pourquoi je ne les vois plus ? Si je ne les revois point, je me sauve loin dans une maison chercher après les parents.*

Il reprend une marionnette.

Maintenant j’ai un peu grandi. Je rigole. Les cheveux sont laids. Là c’est une maman. Quelle foutue maman. On dirait que tout allait bien dans cette maison. Mon papa a une mobylette. Il peut venir. Je veux le revoir sinon je me tue.

Odette Boone – Quand j’ai quelque chose à lui dire, je m’adresse toujours à la marionnette, jamais à lui. Séance suivante. Il a repris une marionnette abîmée, la tête basculait, il s’est identifié, il a dit : « Je n’ai plus de tête, je n’ai plus de corps » ; mais c’est cela quand il est parti dans son histoire. Il oublie... Il prend plusieurs marionnettes. Une femme, un homme, une fille... De toute façon, c’est lui qui possède sa vérité, nous sommes là seulement pour l’aider à faire émerger ce qui est en profondeur. Mais mes questions ne sont pas forcément naïves. »¹⁰²⁰

a) Ébauche du projet artistique et bilan de l’activité

Avant de commencer l’activité artistico-dramatique, il faut prévoir dans l’organisation de l’atelier un équilibre entre l’apprentissage des techniques artistiques et la pratique des outils théâtraux. Autrement dit, il faut impérativement équilibrer le temps de la construction

¹⁰²⁰ *Ibid.*, p. 11, s.

des maquettes de marionnettes et le temps d'échange prévu pour l'expérimentation. Il est indispensable qu'il y ait une communication très étroite entre le dirigeant de l'activité et le groupe dirigé ainsi qu'entre son équipe artistique et/ou ses étudiants stagiaires. Il faut donc définir le rôle et la catégorie d'intervention de chacun. Le comédien-marionnettiste dramatique doit comparer le temps accordé à l'expression corporelle et mentale à celui consacré à la fabrication de la poupée. C'est une manière de nouer un lien entre le confectionneur de la poupée et le personnage incarné afin de pouvoir le conserver tout en mesurant le degré d'évolution de l'individu.

Par exemple le travail réalisé entre Odile Boone et Suzanne Moinard, le temps accordé à l'échange n'était réellement pas assez conséquent, raison pour laquelle la valeur escomptée d'échange était aussi minime ou quasiment insignifiante. Le temps était davantage accordé sur la manière de confectionner les marionnettes et sur les émotions issues de ce travail. Mais la pratique de l'exercice lui-même, le temps était trop court et n'avait pas trop de valeur. En matière de bilan d'activité, tous les participants ont constaté que l'échange entre ces deux professionnelles n'avait pas eu d'effet. Le travail d'échange ne s'est pas déroulé dans les normes ni dans le partage égal du temps de travail.

Il y a encore une partie importante à prendre compte dans l'atelier, c'est de considérer toutes les questions posées par les étudiants stagiaires afin de répondre à leurs attentes qui sont parfois tellement diverses. Comme par exemple, ceux qui cherchent à avoir plus d'informations sur la rééducation fonctionnelle. Ils se demandent si un atelier de marionnettes peut répondre à la nécessité recherchée en kinésithérapie ou aux différents mouvements corporels.

Une discussion est nécessaire à la fin de l'exercice à propos du vécu du jour dans le but de tirer certaines valeurs dans l'usage de la marionnette de l'enfant. Cela permettra de faire la différence entre certaines pratiques et utilisations des marionnettes d'une part, et, d'autre part, de faire la différence entre les ateliers. Il y a trois types d'ateliers auxquels les artistes doivent en principes se référer.

- Le premier doit se centrer sur la fabrication, le moyen de la confection et les différentes techniques de la construction de marionnettes. Tout cela permet de voir les marionnettes qui existent déjà et quels sont les nouveaux procédés utilisés actuellement tels que *muppets*, mousse, digitales et autres. Ce genre de stage peut être complété par plusieurs modes d'expression comme celles du corps ou de la face ou de tout autre mode d'expression qui a un lien direct avec l'expression des marionnettes : sculpture, dessin ou modelage et autres. Il y a ici un but technique, mais aussi une partie thérapeutique identifiée sur l'ensemble des informations données.

- Le deuxième type d'atelier : « *Un stage pendant lequel la construction de quelques marionnettes simples (marottes, à gaine, masques) permettrait d'analyser en présence d'un observateur le vécu du groupe et de relier ce travail avec notre pratique professionnelle. Ces moments de "pratique" et de réflexion seraient intercalés avec des moments d'échanges, de séminaire à propos de nos expériences personnelles qu'il serait alors possible de ramener, de confronter constamment au vécu du stage. Ce type de stage aurait un intérêt supplémentaire s'il fonctionnait en même temps qu'un festival de marionnettes qui jouerait alors le rôle de documentation, d'information sur les différents procédés de manipulation et de construction.*

Troisième type de stage : un séminaire uniquement de trois ou quatre jours, des colloques de deux jours permettraient de compléter les deux stages qui précèdent afin que les intéressés puissent continuer leurs recherches, confronter leurs expériences. Il semble qu'il faut faire un tri, un choix, il n'est pas possible de tout faire en un seul stage. Les demandes, les attentes sont généralement différentes, pour pouvoir répondre à toutes ces demandes, il faut trouver un type de stage qui corresponde à chaque groupe de stagiaires ayant des questions communes. »¹⁰²¹

b) Observations cliniques

Dans cette partie, il semble utile d'apporter un autre point de vue clinique dans le savoir-faire des marionnettistes dramatiques exerçant à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins. Il y a quelques éléments que le patient ou le public voyeur n'est pas capable de comprendre immédiatement et parfois même à long terme. Tous ceux qui ont eu la chance d'assister un atelier de marionnettes ne sont pas capables de comprendre tout ce qui se passe dans l'activité artistique de marionnettes.

Que se passe-t-il dans les séances de marionnettes ? Où se situe l'action dramatique du jeu de rôle dans le corps du patient sujet d'étude ?

Il y a tout d'abord l'intervention extérieure qui est justifiée par toutes les expressions corporelles comme le son, le geste et/ou les signes. En général, ces expressions sont importantes, mais peu exploitées, ni pendant la séance ni à la fin de la séance. Pourtant, il est visible que le sujet reflète par ses émotions des éventuelles apparences, tant en groupe qu'en individuel, pouvant être déclenchées par telles ou telles sortes d'activités artistiques et dramatiques.

Certains participants, assistants stagiaires en formation de psychologie aux ateliers théâtres peuvent certainement comprendre un peu ce qui se passe dans la démarche mise en place par le marionnettiste dramatique surtout dans sa forme thérapeutique. Ils sont capables de comprendre le fait que l'aspect thérapeutique de l'art et de manipulations de marionnettes se situe en principe dans les échanges entre ceux qui pratiquent individuellement ou en groupe et ceux qui les orientent. Ces derniers sont capables de les aider à dégager du vécu et à mettre en place des discussions comportant des éléments de réflexions théoriques. *« Toute approche sémiologique du théâtre de marionnettes met en évidence que son langage n'est pas essentiellement verbal. Avec la marionnette, il s'agit avant toute chose de montrer. Or, montrer, c'est déjà s'adresser aux autres. Le marionnettiste est très souvent le créateur de sa marionnette : et, avant d'être un langage de mots, le langage de la marionnette est celui de l'espace, des formes. Et quand les marionnettes parlent, ce qu'elles disent n'est pas toujours un texte appris d'avance. Et c'est là précisément que pourront se produire quelques phénomènes inattendus, quelques "court-circuits"... »¹⁰²²*

Pour répondre aux questions posées dans cette partie, il faut donc rechercher la réponse tout au début de l'exercice. C'est-à-dire, au niveau du choix du sujet et à la confection de maquettes avant de les montrer sur scène. Ainsi, dans la fabrication de

¹⁰²¹ *Ibid.*, p. 13.

¹⁰²² Stéphanie MAUREL, « *La marionnette dans la prise en charge orthophonique de la personne âgée dépendante* », sous la direction de Madame A. Osta, Orthophoniste, Université de Nice – Sophia Antipolis, Faculté de Médecine, École d'orthophonie, Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Nice -2011, p. 18.

marionnettes, il existe une forme de symbiose entre celui qui crée et la chose créée. C'est pourquoi certains adultes psychotiques ne veulent surtout pas qu'une autre personne touche leurs poupées, car elles représentent leurs personnes. C'est aussi dans ce sens que parfois ils ne sont pas capables d'animer leurs marionnettes puisque la plupart exploitent le thème de la mort dans leurs représentations. Il est difficile pour eux que leur personnage se trouve dans un sujet de la mort ou qu'il soit attrapé par la mort. La valeur de base de la marionnette c'est justement de les aider à sortir du pétrin et de pouvoir animer leurs poupées. C'est ce que les artistes appellent une forme de thérapie individuelle.

Tout au long de la fabrication, l'artiste marionnettiste peut passer voir le patient créateur pour lui poser des questions comme : « *C'est une fille ou un garçon ?* ». « *Il ou elle a quel âge ?* ». « *C'est ton père ou ta mère ?* ». « *À qui il ou elle ressemble ?* ». « *Pourquoi ce personnage ?* » ou autres. Le maître du jeu doit en principe contrôler la fabrication puisque c'est une étape très importante, surtout quand il s'agit de la confection du corps humain – l'importance du corporel. Par exemple : les diriger pour bien confectionner la tête, le nez, les épaules, les pieds et autres. Au début il y a toute une dynamique de construction chez le créateur. L'enjeu du groupe se trouve au moment où le créateur veut mettre en place une marionnette folle ou lorsqu'il demande que tous les participants soient des fous. Le groupe doit se conformer et respecter le choix du créateur. Le problème se pose lorsqu'il n'y a qu'un seul fou. Personne parmi les patients n'accepte d'incarner le personnage du méchant. Il revient donc au maître du jeu d'incarner ce personnage et de prendre sur lui toutes les agressivités du groupe. Il est donc à chaque fois le méchant de la scène, méchant frère, méchant voisin, méchant père ou méchant docteur. À chaque fois, il doit contrôler si la personne est capable de jouer le personnage qu'elle a choisi. Il y a des moments où les participants véhiculent une force de vengeance qu'ils n'osent pas diriger vers le créateur de la marionnette, raison pour laquelle il devrait y avoir une sorte de milice de pensée pour bien assurer et sécuriser la créativité. Par exemple : taper sur la marionnette de son copain au lieu de taper sur lui-même. En revanche, il y aura du souci lorsque la marionnette représente la personne elle-même. Ici, l'enfant se voit touché physiquement par son copain et il aura envie de riposter. Taper sur la marionnette est le seul moyen de ne pas blesser physiquement, mais ça blesse moralement. Le contrôle au niveau des manipulations des poupées doit être strict. Il est difficile de trouver les limites, mais c'est aussi très compliqué de laisser tout faire. « *Le jeu de marionnettes permet de parler, de libérer les sentiments, les émotions, de faire revenir le vécu à la surface. Les enfants peuvent ainsi découvrir qu'ils peuvent se libérer du vécu en l'assumant, qu'ils peuvent en prendre conscience autrement qu'en cassant tout. Exprimer sa souffrance pour mieux s'en décharger, pour mieux l'assumer, pour qu'il ne reste pas de blocage effectif, c'est un besoin de l'enfant auquel la marionnette va pouvoir répondre.* » « *La séance de marionnettes deviendra un lieu de parole, l'endroit privilégié où il exprimera toutes ses insatisfactions avec l'espoir d'être compris par l'adulte, donc de ce fait par l'institution. Elle devient un lieu intermédiaire et vécu* »¹⁰²³.

Il est important que le comédien-thérapeute ait une connaissance générale de tout ce qui se passe dans la séance avec un groupe d'adultes psychotiques ou d'enfants perturbés afin

¹⁰²³ B. JOST., G. BROSSARD, « *Marionnette thérapeutique* », *op.cit.*, p. 17.

de bien maîtriser son information et de bien assurer son propre transfert par rapport à ce groupe.

Il est possible de parler d'une rééducation physique par la marionnette puisqu'il y a un travail de mobilisation des doigts, du corps, de renforcement du niveau d'articulation des mots, de recherche de l'équilibre et de contrôle de soi et de la marionnette.

Cette observation clinique montre aussi que l'activité artistique de la marionnette aide le patient à reprendre confiance en soi par rapport à ses besoins relationnels qui se trouvent au centre de six éléments indispensables à son épanouissement :

- le besoin d'être aimé ;
- le besoin de rêver, dans le sens d'imaginer que demain soit meilleur qu'aujourd'hui ;
- le besoin de se dire avec des mots personnels et non avec des mots empruntés ;
- le besoin d'être entendu au même niveau de langage et non d'être entendu par un niveau très élevé ou moins élevé que l'émetteur, c'est-à-dire être entendu sur la même longueur d'onde ;
- le besoin d'être reconnu tel qu'il est et non pas tel que les autres le voudraient ;
- enfin le besoin d'être valorisé, reconnu avec ses valeurs dans la société tout comme au travail et dans la famille.

Cette activité de psychodrame à la marionnette permet d'évaluer la capacité de compréhension de l'individu et son évolution. Chaque personne à sa façon d'attraper les informations au niveau de son cerveau. Par un travail de neuroscience, plusieurs professionnels arrivent à comprendre comment le cerveau enregistre la connaissance et l'information. Il y a quatre niveaux permettant de mémoriser la connaissance : la mémoire épisodique, la mémoire procédurale, la mémoire spatiale et enfin la mémoire du travail. La première est celle qui se réfère à des connaissances intermittentes comme se poser la question : « *Qu'est-ce que j'ai mangé ce matin ?* ». La deuxième est celle qui cherche à se situer dans l'espace comme : « *Où est-ce que j'ai laissé mon téléphone ?* » et troisièmement, c'est la mémoire qui consiste par exemple à confectionner les maquettes : « *Quels sont les moyens et les méthodes du travail ?* ». Ici le cerveau n'est pas capable d'expliquer ce qu'il fait, mais il est tout simplement capable d'exécuter ce qu'il sait faire. Il résout des problèmes sans pouvoir s'expliquer comment il a fait. La quatrième mémoire permet de travailler et d'utiliser le corps comme moyen de travail. Elle est utilisée pour écouter et sa durée pour garder la connaissance est de quinze secondes au maximum, au-delà elle est saturée. La mémoire de travail n'est donc pas faite pour retenir les informations ni pour pouvoir calculer. Tous ces événements se passent dans le cerveau sans utiliser le verbe.

Tout participant peut développer ses quatre différentes mémoires pour pouvoir travailler efficacement et pour avoir une maîtrise de soi. Certes, chaque cerveau a ses limites, mais il peut être retravaillé pour améliorer ses connaissances. C'est pourquoi il est possible de pouvoir révolutionner l'activité humaine. Jouer est la façon normale d'apprendre pour le cerveau. Certes ce n'est pas la meilleure façon, mais c'est la façon juste, normale et l'une des méthodes très utilisées. Mettre l'individu à l'épreuve de la marionnette est aussi une forme d'apprentissage en neuro-sagesse ou comme un enfant qui fait ses premiers pas et qui se découvre de jour en jour. La marionnette libère le cerveau pour mieux apprendre.

2) Tableau clinique : quelques échanges entre l'enfant et le marionnettiste

Échanger avec autrui est nécessairement un atout pour le développement et l'épanouissement de l'enfant. Quand l'enfant est-il considéré comme normal ? À quelles bases l'artiste doit-il se référer pour estimer la normalité de l'enfant ? Il est difficile de distinguer le normal du pathologique. Le tableau clinique indique la catégorie normale sous les références latines : étymologiquement, normal vient du latin *normalis* qui signifie « même sens ». Dans *normalis*, il y a *norma* qui signifie règle ou modèle. Toutefois, Daniel Marcelli, professeur de psychiatrie de l'enfant, formule la définition de normal dans plusieurs éléments de rattachement ou complémentaires aux normes du tableau clinique telles que :

- il y a le normal en tant que santé qui évoque un état de bien-être, bien organisé et qui n'éprouve aucune maladie ou dégradation physique ou mentale ;
- il y a le normal comme tout ce qui est conforme à la loi ou à toute norme que ce soit ;
- il y a aussi le normal en tant que modèle, référence, idéal ou rêve à réaliser ;
- enfin, il y a la dernière catégorie de normal, celle de processus dynamique, le niveau de retour à un certain équilibre.

Tous ces éléments peuvent constituer le normal de l'enfant selon son attachement affectif et le centre d'intérêt médicosocial recherché par l'artiste thérapeute. En revanche, il serait réducteur ou absurde d'associer anormal à pathologique puisque l'être humain peut être anormal sans qu'il y ait de maladie ou des signes pathologiques. Par exemple géant ou nain, quelle que soit la taille, il peut être en bonne santé. La notion de normalité ici fait allusion à la définition de la santé établie par l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette dernière conduit la santé de l'homme dans un état de complet bien-être non seulement du son côté physique, mais aussi mental et social. Autrement dit, la norme englobe des besoins fondamentaux d'une part, et, d'autre part, environnementaux et sociaux. C'est pourquoi les artistes marionnettistes ne recherchent pas uniquement le bon fonctionnement physiologique de l'organisme dans la notion normale du tableau clinique, mais ils regardent aussi tous les éléments environnementaux, comportementaux et sociaux. En revenant sur l'exemple du nain et du géant, tous les deux souffrent de pénalités dans leur vie. Toutefois, la maladie et/ou le handicap peuvent les toucher et les faire souffrir tous les deux. Développons par exemple la taille chez l'être humain pour l'assimiler à la notion normale. Le nain peut être en bonne santé, mais il souffre moralement de sa petite taille qui le pénalise dans sa vie quotidienne. Une certaine forme de nanisme provoque des troubles physiques comme le développement cartilagineux et osseux et, en général, elle entraîne une apparition d'arthrose précoce. Le nanisme est donc considéré comme un handicap parce que l'arthrose et ses phénomènes sont associés aux syndromes de nanisme qui, par la suite, rejoint très étroitement la notion pathologique que cette dernière évoque. Le tableau clinique est difficile à comprendre médicalement surtout de cerner le normal en tant que santé et le pathologique puisque leurs limites sont très proches. Il est aussi plus complexe lorsqu'il s'agit de définir le cas du développement de l'enfant. Il y a des lignes directrices fixées par certains penseurs comme Sigmund Freud qui parlait du développement psychoaffectif ou Piaget qui mettait l'accent sur le développement intellectuel, mais la notion de normalité reste toujours complexe à juger, à

évaluer et à trancher chez l'enfant parce qu'il faut se référer à un échelon de développement tout en tenant compte des transformations, des variations et d'évolutions individuelles.

Il est important de prendre en considération certains comportements, par exemple le balancement qui est observé comme un des symptômes de l'autisme chez le nouveau-né, mais qui est toléré chez une personne avec un âge avancé.

Il est pénible de pouvoir fixer un repère de la normalité chez l'enfant, car il existe de nombreuses variantes qui font qu'une définition rigoureuse est très ardue pour ne pas dire impossible chez l'enfant. Mais aussi les caractéristiques de l'homme ne peuvent pas se limiter à un modèle de référence. Raison pour lesquelles il faut tenir compte, de façon générale, du système dans lequel il inscrit son quotidien : sa famille, sa culture, son social et son environnement.

Dans tous les cas, il ne faut pas s'attendre à un développement inconditionnel ou parfait et régulier chez le nouveau-né ou chez l'enfant en général. L'enfant ne doit pas avoir de troubles ou de déséquilibres excessifs empêchant son développement, car le psychisme de l'enfant doit s'adapter à son épanouissement, sa croissance et sa progression, étape par étape, comme le cas de sa personnalité et de son adaptation à son milieu social.

Le normal chez l'enfant peut être retenu dans une organisation d'éléments, car il existe des troubles qui peuvent être tenus comme des phénomènes naturels lorsque ses processus fondamentaux ne sont pas touchés et qu'ils restent intacts et sains. Par convention, les artistes se sont mis d'accord sur le fait que lorsque le développement de l'enfant est affecté et qu'il y a un trouble de croissance comme un ralentissement, une régression ou bien même un arrêt, l'ensemble de ces troubles peuvent être analysés et considérés d'une manière sérieuse puisqu'ils sont dans ce cas des pathogènes.

a) L'épanouissement de l'enfant en atelier de marionnettes

Comment l'enfant examiné peut-il retrouver son épanouissement dans une activité artistico-dramatique à base de marionnettes ? Quels sont les facteurs indispensables que les artistes doivent mettre en place pour assurer son développement ?

Tout d'abord, chaque artiste ou tout autre professionnel doit comprendre que les échanges affectifs et sociaux de l'enfant sont indispensables pour son développement et son épanouissement. Cette affirmation peut avoir beaucoup d'argumentation sur l'ensemble des six éléments formant le schéma de besoins relationnels précités. Dès la naissance de l'enfant, son attache avec le monde extérieur se fait au niveau de ses capteurs sensoriels d'une part, et, d'autre part, au niveau de ses dispositions naturelles pour ses mouvements. Ce raisonnement retrouve ses appuis sur certains phénomènes de l'organisme humain qui montrent que chez l'homme, les données et toutes les informations du monde extérieur sont attrapées par les récepteurs sensoriels et directement interprétées par le cerveau sous forme d'influx nerveux. C'est donc au niveau de ces capteurs sensoriels que l'enfant recherche par tout moyen à s'adapter à son environnement et que son organisme maintient son équilibre physiologique interne contre tout obstacle et contrainte extérieure. C'est par l'homéostasie que l'enfant arrive à s'identifier et à avoir confiance en lui tout au long de sa vie.

Le comédien est en principe tenu par l'obligation du savoir-faire artistique qui l'oblige à interpeller les capteurs sensoriels de l'enfant ainsi que ses aptitudes sensorielles et motrices,

afin de l'aider très rapidement à récupérer ou à avoir ses capacités de s'exprimer surtout de manifester ou d'exprimer ses besoins à son entourage ou face à son environnement – milieu social. Ainsi des mouvements de l'enfant manifestés par la pression et la tension liées à la faim : l'enfant communique son besoin de manger et sa mère prend conscience pour l'apaiser très vite en l'allaitant. En suivant le même exemple, lors de l'exercice de marionnettes, l'enfant présente des signes de fatigue, de faim ou de soif. À ce moment-là, le comédien marionnettiste met en pause le jeu même si ce n'est pas le moment, mais il doit le faire malgré tout et il demande aux enfants de prendre chacun sa gourde et de prendre un à deux gobelets d'eau.

C'est dans ce sens que les échanges affectifs et sociaux se créent entre le patient, l'enfant ou tout autre participant et son comédien thérapeute et/ou son entourage. L'individu prend ou reprend un sentiment de confiance et il admet très vite des mesures qui lui permettent de démarrer un processus de croissance et de se développer en toute sécurité. Ces facteurs d'interactions aident l'enfant à expérimenter sa force, la capacité de son corps, mais aussi enrichissent petit à petit ses expressions faciales, gestuelles, les mimiques, les comportements et langages. Ses sens seront renforcés et ils anticiperont la découverte de soi et de son environnement. Il sera en mesure de faire la part des choses et d'assimiler les interdits parentaux et fondamentaux attachés à sa socialisation. Autrement dit, l'enfant apprend à travailler en groupe et à ressaisir ses valeurs tout en contribuant à sa part dans le groupe. Son intégration dans le groupe ou dans la société est un processus dans lequel il intègre des attitudes selon ses capacités et il respecte des normes et des valeurs le concernant d'une part, et/ou, d'un groupe d'autre part. C'est ce que les artistes appellent l'intégration sociale.

Plusieurs comédiens retravaillent chez l'enfant les sentiments de frustration, puisqu'ils constituent une expérience essentielle au développement et à l'épanouissement de l'enfant. Ainsi, les frustrations contribuent activement au développement de ses désirs et de son imaginaire. Il apprend à contrôler ses désirs et à renoncer à certains pour satisfaire son groupe ou son entourage, comme le respect des règles et de la loi. Il s'intègre et il développe tout doucement sa personnalité en utilisant l'homéostasie comme source d'épanouissement.

Pourquoi l'enfant est-il obligé de s'intégrer dans la société ? Pourquoi la socialisation de l'enfant est-elle indispensable durant toute sa vie ?

L'homme est de nature lié à des groupes dès sa naissance comme la famille, le quartier, l'école, le travail, un club ou toutes autres institutions dans lesquelles il se développe et évolue. Il faut éviter chez l'enfant par tout moyen l'isolement et les conditions d'absence relationnelle ou les manques de lien intime et d'affection, car cela entraîne très rapidement son exclusion et des souffrances émotionnelles.

b) Le jeu dramatique : un développement psychique et physique de l'enfant

Plusieurs parents et participants aux ateliers se posent la question et cherchent à savoir quelle est la place du jeu ou de toutes activités artistiques dans le développement de l'enfant. La plupart des gens disent ou définissent le jeu dramatique comme une simple activité mentale et physique qui a pour but de faire plaisir à celui qui joue, mais aussi à celui qui le regarde. Or, de grands penseurs comme le pédopsychiatre et psychanalyste Donald

Woods Winnicott¹⁰²⁴ et le neurologue fondateur de la psychanalyse Sigmund Freud avancent l'idée selon laquelle le plaisir est la base de l'épanouissement et du développement de l'enfant, comme de tout individu. Ici, le jeu dramatique permet à ceux qui jouent d'un côté, et, de l'autre, à leur public de développer le système psychologique et le moteur sensoriel. Sigmund Freud¹⁰²⁵ pose le principe selon lequel le plaisir du jeu favorise le développement de l'enfant, puisqu'en jouant il développe ses perceptions, ses instincts sociaux, ses sens, son intelligence, son argumentation, sa gestuelle, sa voix, ses tendances à l'expérimentation et autres. Plusieurs médecins donnent au jeu une valeur appropriée et l'assimilent à la santé. Ils affirment que jouer est une activité naturelle et même universelle. Le jeu et la santé ont en principe les mêmes objectifs et le jeu correspond à la santé et facilite la croissance de l'enfant.

En partant du principe que jouer, c'est faire quelque chose, il est absolument indispensable de rappeler que le jeu ne peut en aucun cas être dissocié de ses joueurs – ceux qui jouent et ceux regardent – puisque la valeur du jeu est retrouvée devant le public. Cette activité physique concerne tous les niveaux d'âge. Par exemple chez le nouveau-né, le jeu est présent sur certaines parties de son corps comme : ses mains, ses lèvres, ses pieds, son sexe, etc., mais aussi il y a participation de sa conscience qui occupe une partie très considérable dans ses activités. L'enfant qui joue avec sa poupée, quel que soit son âge, manifeste des émotions et cela permet de comprendre et d'évaluer ses ressentis et ses besoins relationnels. Ainsi dans une des expérimentations d'Idrisse Riadhuidine à l'École Française Henri-Matisse de Moroni, la petite Rouchdat refuse de participer à l'atelier et elle est très stressée. L'équipe lui chante une chanson pour la motiver, mais elle refuse toujours de bouger et de parler. Elle ne communique pas avec qui que ce soit. Le maître du jeu dramatique lui donne toutes les marionnettes qu'il a dans sa malle, la petite Rouchdat Youssouf n'accepte toujours pas. C'est là où le comédien en charge de l'atelier pense à lui donner son doudou comme objet transitionnel¹⁰²⁶ pour l'aider à apaiser ses angoisses et diminuer son stress. Tout de suite après, la petite fille commence à être motivée et son intégration dans le groupe s'est passée facilement. Son doudou a joué un rôle de réconfort psychologique, car elle y attache une valeur affective particulière qui lui permet d'adoucir ses douleurs morales, surtout lorsqu'elle est face à des inconnus.

C'est encore le cas chez tout enfant qui va vers l'âge d'un an, il communique par le jeu et c'est ainsi qu'apparaissent ses premières interactions avec sa famille, son entourage ou ses proches dans des jeux d'alternance et de réciprocité comme le cache-cache. Ce cas s'explique par l'affirmation de la pensée pédagogique d'Henri Wallon analysée et retravaillée par Tran-Thong : « *L'expérience du partenaire fait progressivement reconnaître à l'enfant dans sa propre sensibilité, son altérité* »¹⁰²⁷. L'enfant apprend à se raisonner sans la présence d'un support concret et commence à élargir son champ de vision tout en développant son imaginaire. Le jeu évolue en même temps que l'enfant. À l'âge de dix-huit mois, il prend un sens aux jeux du miroir qui contribuent largement à la reconnaissance de soi. L'enfant

¹⁰²⁴ Donald Woods WINNICOTT, « *Le développement affectif primaire* », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, (1969), Payot, 1989, pp. 44-45.

¹⁰²⁵ Sigmund FREUD, « *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques* », dans *Résultats, idées, problèmes*, P.U.F., Paris, 1984, pp. 136-137.

¹⁰²⁶ Selon WINNICOTT, l'*objet transitionnel* définit toute chose ou tout objet matériel comme nounou, peluche ou autres auquel le nourrisson donne des valeurs personnelles et particulières dans le but d'éviter ses stress surtout en l'absence de ses parents.

¹⁰²⁷ TRAN-THONG, « *Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine* », sixième édition, Paris, Librairie philosophique Joseph VRIN, p. 183.

commence à retrouver confiance en soi et il débute ses premières aventures en jouant seul aux côtés de ses proches. Il n'y a pas de jeu inutile chez l'enfant. Tout contribue à son développement comme le jeu de balle qui aide à la maîtrise du corps puisque c'est un jeu qui demande beaucoup de mobilité physique. Sur le plan des activités artistiques, l'enfant laisse petit à petit ses empreintes sur ses œuvres réfléchies.

À partir de douze ans, l'enfant aime participer à des jeux de société, des jeux collectifs caractérisés par des règles du jeu où il apprend les valeurs de la société et certaines fonctions sociales. Il se démarque par son intelligence développée par le jeu et il commence à gérer ses émotions, ses tensions et ses stress liés à ses peurs. En principe, le jeu de rôle participe à l'organisation de la pensée de l'enfant et l'aide à construire sa personnalité, ses besoins et à son affirmation face à son entourage.

c) Les différentes interventions thérapeutiques de marionnettes dans le suivi de soin du patient

Les échanges avec des professionnels du domaine ainsi que lors de différents ateliers de marionnettes étudiés par cette recherche ont permis de comprendre et d'illustrer que cette activité apporte plusieurs intérêts dans le soin du patient et elle est considérée comme support thérapeutique. Dans chaque exercice, la marionnette marque ses empreintes naturellement dans la communication, dans l'information et dans l'éducation du patient et elle initie des échanges dynamiques qui diminuent toute sorte de passivité entre le joueur, patient manipulateur et le jouet – la marionnette –, mais aussi elle motivait les équipes qui ont la responsabilité de monter le spectacle et le public voyeur – le spectateur.

Les apports de la marionnette dans les soins du patient ont eu de l'influence en France dans les milieux sociaux et dans les établissements de soins à partir de la fin des années soixante-dix. Cette efficacité est le fruit de l'association « Marionnette et thérapie »¹⁰²⁸ qui utilisait la marionnette en orthophonie, en rééducation, en resocialisation et psychomotricité, mais elle apportait aussi du mieux-être aux publics en difficulté. Les participants apprenaient à faire bouger la marionnette, à la faire parler, à la faire bouger et parler en même temps et enfin, à savoir assumer un personnage – un rôle. La majorité des artistes utilisent la marionnette en groupe ou individuellement dans le processus de soins des enfants, mais il y a ceux qui en font usage pour la prise en charge des adultes. La valeur des marionnettes n'est pas seulement dans les hôpitaux, mais elle est retrouvée quelques années après dans les milieux scolaires et les établissements pénitentiaires. Trois pays ont devancé la France dans cette expérimentation : le Mexique, l'Angleterre et l'Afrique du Sud. Ce n'est qu'au milieu des années quatre-vingt-dix que la France commence à s'intéresser de cette expérimentation – dans les prisons. À l'exemple de Marie-Christine Markovic, marionnettiste et psychothérapeute, qui introduit la marionnette dans les prisons – à la Maison d'arrêt de La Santé sous forme d'ateliers d'expression intitulés « *Théâtre des Marionnettes* ». Cette intervention a permis le rattachement de cette activité au Service médico-psychologique régional de la Santé sous la direction du Docteur Odile Dormoy du Centre Hospitalier Saint-

¹⁰²⁸ L'Association « *Marionnette et Théâtre* » est créée en 1978. Elle a pour objet principal l'expansion et le développement de l'utilisation de marionnettes dans le processus de soins comme un outil de soins, d'information, d'éducation et de rééducation, de communication et de réinsertion sociale. Elle a aussi dans ses buts de former en proposant une formation de base et une aide à la mise en place des ateliers marionnettes et elle assure des conférences sur la pratique de la marionnette. Dans ses activités, il y a l'organisation de formations, de représentations et elle publie un bulletin périodique et participe à des rencontres, à des ateliers et à des assises nationales et internationales.

Anne de Paris. Elle affronte des difficultés liées à l'enfermement dans l'espace, mais elle arrive à avoir la confiance des détenus tout en leur proposant des travaux tant individuels qu'en groupe et elle leur demande de donner un sens à leurs travaux en envisageant une représentation de spectacle. Elle commence par créer un lien entre eux et par leur faciliter la communication entre eux-mêmes, avant de développer la notion de travail collectif vers le spectacle. Ces représentations se déroulaient dans le cadre de la prison et elles avaient comme public les détenus et quelques invités de l'extérieur.

Cette démarche est utilisée au Japon dans les mêmes principes sous forme de théâtre à visée thérapeutique avec des marionnettes comme outils de base et les personnes handicapées comme public cible.

Les États-Unis utilisent les marionnettes comme une partie ou une branche de l'art-thérapie. Dans leur système, la marionnette n'est pas une fin en soi, mais plutôt un moyen thérapeutique.

Ces expérimentations peuvent aussi aider l'enfant dans le développement de sa communication et elles diminuent l'écholalie chez l'enfant ou chez toute personne souffrant de ce trouble de langage pour améliorer sa communication.

d) La prise en charge de l'enfant

Comment l'hôpital s'organise-t-il pour aider l'enfant en difficulté à accéder très rapidement à son autonomie d'une part, et, d'autre part, à sa socialisation ? L'hôpital intègre dans son professionnalisme un projet consistant à aider l'enfant à maintenir de façon efficace le développement de sa personnalité, à lui apporter tous les moyens d'apprentissages tout en tenant compte ses capacités et à renforcer les possibilités de reprendre son autonomie ainsi que de développer largement sa relation avec ses proches. Chaque artiste thérapeute est référent de dix à quinze enfants au maximum. Il est tenu de partager avec eux leur quotidien en les soutenant, les aidant et les accompagnant à accéder positivement à leur autonomie et leur socialisation.

C'est pourquoi chaque journée est rythmée par différentes manifestations au sein des établissements de soins comme des chants, des cris, des déclamations des mots, des gestes, etc. Les professionnels de théâtre interviennent avec les professionnels médicaux et paramédicaux en groupe ou individuellement pour garantir une prise en charge individuelle ou en groupe. Ils mettent en place des réunions d'étude pour les psychologues chaque lundi soir et une autre pour les éducateurs spécialisés tous les quinze jours. Il y a aussi une autre réunion pour les artistes avec l'équipe soignante toutes les semaines de dix-sept heures à dix-neuf heures. Cette dernière réunion a une particularité parce qu'elle commence par prévoir les dates des prochaines visites pour les parents ainsi que la rencontre des éducateurs avec les parents. Elle permet de revoir les points difficiles de la semaine, les cas critiques et elle initie la mise en place d'un nouveau projet et la réflexion sur certaines activités spécifiques. Enfin, ils examinent les analyses cliniques de chaque enfant ; et une fois par an, ils analysent les comportements des parents.

L'équipe pluridisciplinaire réalise avec chaque famille le projet à mettre en place pour assurer la prise en charge en concertation avec l'enfant lui-même dès son arrivée dans l'établissement. Cette exigence est émane de l'article R.4127-36 du Code de la santé publique

(article 36 du Code de déontologie médicale) qui précise 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 le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. 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 prévenu et informé, 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.* »¹⁰²⁹

En revanche, l'enfant a le droit de revenir sur sa décision à tout moment selon le principe de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ainsi que les dispositions de l'article 16-3 du Code civil et la Charte de la personne hospitalisée en référence de la Circulaire du mars 2006¹⁰³⁰, renforcées par l'article L.1111-4 du Code de la santé publique qui impose 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. [...] 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.* »¹⁰³¹ Ce consentement est valide lorsque le professionnel médical et/ou paramédical et/ou artistique délivre une information médicale ou artistique loyale, claire et adéquate au projet de soins envisagé.

Les objectifs des ateliers s'appuient sur les valeurs et les moyens de la communication, d'apprentissage, de maîtrise de soi, de l'autonomie et de socialisation de l'enfant ou la personne prise en charge. Dans leur ensemble, ils sont adaptés aux capacités de l'enfant et à son niveau de souffle.

Par nécessité, l'enfant peut être pris en charge soit en groupe ou individuellement par le comédien, le psychologue ou l'orthophoniste tout comme le psychomotricien. Chaque décision de prise en charge est décidée par l'artiste en collaboration avec le médecin traitant. Ils commencent par un temps d'observation dans le but de découvrir l'enfant, ses difficultés et ses comportements, avant de décider de la méthode thérapeutique à mettre en place.

Il y a aussi un atelier de prise en charge pour six enfants souffrant de troubles de communication. Ils parlaient un langage oral correct, mais parfois ils ont recours à des logorrhées. Ils présentent un trouble du langage symbolisé par le besoin morbide de parler. Il se manifeste par des flux des paroles, des cris inutiles, des blablas prétentieux, des paroles incohérentes ou des fous rires qui gênent la communication et la relation. C'est ainsi que le trouble de comportement apparaît chez le patient quelquefois avec agressivité. Plus l'enfant est contrarié, plus il développe une crise difficile à éliminer. Cela provoque chez ces enfants une instabilité émotionnelle marquée par la multiplication des émotions du refus, par la colère, par la présence de l'impatience, par le manque de confiance, par la contrariété et qui rendent très difficile la communication ou toutes formes d'échanges.

Néanmoins, ils peuvent se présenter aussi dans leurs émotions : des joies, du bien-être, du plaisir, des affections, etc. C'est pourquoi le comédien se trouve dans l'obligation de manifester un sentiment d'accompagnement, d'attention et de sympathie pour répondre aux

¹⁰²⁹ Légifrance, Code de la santé publique, version en vigueur au 6 août 2016 consulté le 6 octobre 2018.

¹⁰³⁰ Circulaire relative aux droits des personnes hospitalisées N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006.

¹⁰³¹ Code de la santé publique, 30^e édition, éd. Dalloz, 2016.

besoins de ses jeunes patients. Quant aux activités mises en place par l'équipe, les enfants sont immergés dans des imaginations, des motivations et des imitations, mais ils perdent complètement leur capacité de concentration. Toutefois, la présence d'une activité ludique augmente l'efficacité et la qualité de l'atelier thérapeutique de marionnettes. L'équipe artistique, médicale, éducative et/ou paramédicale lance chaque début d'année un projet personnel pour chaque enfant. Elle envisage d'améliorer la relation, la stabilité émotionnelle, l'expression, la communication, le développement du plaisir de faire, le bien-être et elle améliore la tolérance à supporter la frustration. Elle maintient un dispositif consistant à diminuer chez l'enfant le sentiment de persécution, d'humiliation et d'isolement pour favoriser la concentration, l'imagination, la socialisation et l'observation.

Conclusion du Chapitre I

Au terme de notre travail, Il est essentiel de préciser que certains patients ont trouvé des atouts du psychodrame soit dans un travail de groupe soit en individuel tout comme dans les ateliers d'improvisation qui demandent une spontanéité individuelle, ou dans ceux qui impliquent la dynamique d'un groupe.

Effectivement, ce travail constate que ces ateliers théâtre constituent un ensemble d'apaisements que le théâtre thérapeutique procure non seulement au corps mental mais aussi au corps physique pendant et après l'atelier d'échanges. Il est vrai qu'avant l'exercice, le comédien fixe ses objectifs thérapeutiques mais au cours de la pratique d'autres objectifs s'ajoutent pour compléter la rééducation préalable et ainsi faire de l'art théâtral un outil ou un moyen thérapeutique efficace.

Notre travail démontre que ce genre d'ateliers examine d'un côté, l'état de santé des enfants, et, de l'autre, celui des adultes psychotiques sous forme d'animations – le psychodrame, ou de création théâtrale.

Toutefois, il faut retenir qu'il était question de savoir pourquoi le théâtre est considéré comme un projet thérapeutique au sein des établissements de santé.

Tout d'abord, il est réfléchi de dire que le théâtre comme projet thérapeutique, c'est reconnaître un droit fondamental de l'Homme, retenu comme un droit essentiel, intangible et inviolable d'une part, et, d'autre part, un droit complémentaire dans l'activité culturelle. C'est pourquoi la plupart des instances internationales en charge de la protection des droits de l'Homme considèrent ce droit comme inhérent à tout un chacun.

Cette étude a aussi constaté que dans ce projet thérapeutique le patient est considéré comme acteur de sa santé ce qui permet d'étudier les origines de sa maladie psychique et les facteurs pathogènes troublant sa propre personnalité.

En bref, on peut dire que le théâtre étudie dans son projet thérapeutique trois univers, éléments de la psychothérapie : l'environnement, les conditions sociales d'existence de la personne mais aussi l'organisation de son quotidien à l'hôpital, de façon à ce que sa réintégration sociale soit mieux envisagée.

Pour finir ce Titre I, (Acte I), il est indispensable d'examiner : « *La pratique du théâtre chez le professionnel ergothérapeute* » en Chapitre II (Scène II).

CHAPITRE II / SCÈNE II – LA PRATIQUE DU THÉÂTRE CHEZ LE PROFESSIONNEL ERGOTHÉRAPEUTE

La pratique du théâtre à des fins de soins médicaux touche aussi la profession d'ergothérapeute. Tout d'abord, sa profession initiale consiste, selon l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE), en une activité paramédicale intervenant sur la santé du patient souffrant de problèmes de fonctionnement dans sa vie quotidienne pour assurer sa rééducation, sa réadaptation et son intégration ou sa réintégration sociale. Il est un membre de l'équipe soignante pluridisciplinaire et il peut intervenir dans plusieurs spécialités telles que la psychiatrie, la neurologie, la traumatologie et actuellement il intervient dans les séances de théâtre dramatique à finalité de soins.

Cette profession est présente dans les hôpitaux français depuis plus de cinquante ans et elle est reconnue par le Code de la santé publique dans son Titre III-2 du Livre IV article L.4331-qui dispose que : « *Est considérée comme exerçant la profession d'ergothérapeute toute personne qui, non-médecin, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie, définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale.* »¹⁰³² Son intervention est encore définie par le Décret du 29 juillet 2004¹⁰³³ qui précise qu'il participe à l'ensemble des traitements dans le cadre des incapacités physiques ou mentales, de déficiences, de dysfonctionnements et de toutes formes de handicaps de nature somatique. Son intervention est sollicitée pour activer la partie touchée ou les différentes fonctions déficitaires, ainsi que pour diminuer les facteurs résiduels d'inadaptation fonctionnelle ou empêchant la manifestation des sentiments relationnels de la personne soignée. Son rôle est d'aider la personne soignée à récupérer ou à retrouver une autonomie individuelle et à maintenir sa place sociale et professionnelle.

Aujourd'hui, l'ergothérapeute détient plusieurs compétences. Selon l'ANFE, l'ergothérapeute a le droit ou le pouvoir de mettre en place des activités de soins de type rééducation, intégration ou réinsertion et réhabilitation psychosociale dans les institutions de soins. Sur ce pouvoir conféré à l'ergothérapeute, le ministère en charge des Affaires sociales et de la Santé établit dix niveaux référentiels de compétences, mais cette recherche s'intéresse surtout au niveau 3 intitulé « *Compétences 3 : Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion, et réhabilitation psychosociale en ergothérapie* » :

- « *Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité ;*
- *mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes ;*
- *installer la personne de façon appropriée et ergonomique ;*
- *concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité ;*

¹⁰³² Code de la santé publique, *op. cit.*

¹⁰³³ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code Les dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé publique font l'objet d'une publication spéciale annexée au Journal officiel de ce jour (voir à la fin du sommaire). JORF n°183 du 8 août 2004 page 14150, texte n° 5.

- évaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et des matériels et en assurer la traçabilité ;
- mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels comme :
 - techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel ;
 - techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration motrice, cognitivo-sensorielle et relationnelle, de facilitation neuromotrice, techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive ;
 - techniques de guidance et d'accompagnement ;
 - techniques de compensation et de remédiation ;
- identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie ;
- utiliser les techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et à l'endurance ;
- accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique ;
- conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie ;
- animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social ;
- faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité. »¹⁰³⁴

Au final, l'ergothérapeute intervient dans des processus très complexes qui sont traduits dans des mouvements théâtraux. Cette activité de dramathérapie permet de réhabiliter les soins nécessaires durant toute la période aiguë et de prévoir une phase de réinsertion socioprofessionnelle des personnes atteintes des troubles psychiatriques. C'est dans ce genre d'activités que le patient arrive à prendre contact avec la réalité et cela l'aide à exprimer ou à manifester le fond inconscient de sa personnalité. Les mouvements psychodynamiques forment une partie complémentaire du cadre analytique. « Selon Mosey (1999), trois principaux cadres de référence distinguent les ergothérapeutes qui travaillent dans le domaine psychosocial : le cadre analytique, le cadre développemental et le cadre acquisitionnel. Le cadre analytique a comme intérêt le contenu intrapsychique qui guide les comportements. L'activité permet de prendre contact avec la réalité et de pouvoir exprimer le contenu inconscient de sa personnalité. L'approche psychodynamique fait partie intégrante du cadre analytique. Le cadre développemental est, quant à lui, "influencé par les stades de développement naturels de la personne et utilise l'activité comme moyen compensatoire pour amener la personne à progresser d'un stade de développement à l'autre et répondre à des besoins non comblés." L'approche d'intégration sensorielle est un bon exemple. Le cadre acquisitionnel, enfin, considère le comportement comme résultant d'un processus d'interaction avec l'environnement et d'apprentissage. L'activité permet donc le

¹⁰³⁴ <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr82>

développement d'habiletés et permet à la personne d'expérimenter la réussite. L'approche cognitive et comportementale (TCC) en fait partie. »¹⁰³⁵

Le métier de Molière permet de gagner petit à petit la confiance des patients souffrant d'Alzheimer ou de schizophrénie. Cette affirmation remonte aux multiples activités de théâtre dramatique réalisées tous les jours avec des patients en ergothérapie. Cette forme de médiation reste très pertinente puisqu'elle permet de canaliser les émotions et les comportements des patients à travers un sujet qui leur plaît. Participer à certains ateliers théâtre en ergothérapie a permis de comprendre que le patient présentait d'autres signes cliniques, autres que ceux déjà observés et analysés dans les autres ateliers. En effet, ici le patient présente une maîtrise de soi, un bon contrôle de ses émotions, de ses gestes et de ses mouvements, de sa voix et de son silence, mais aussi de ses hallucinations.

La découverte du savoir-faire de l'ergothérapeute a initié certaines interrogations qui ont surgi lors de l'expérimentation. Pourquoi l'activité dramatique arrive-t-elle à canaliser facilement les gestes, les comportements et aussi les émotions de la personne examinée ? Pourquoi n'arrivait-elle pas à gérer ses émotions et ses situations sociales avant la thérapie théâtrale ?

Tout d'abord, il faut tenir compte que le psychodrame ou la dramathérapie en soins psychiatriques a pu assurer la réinsertion sociale des patients avec le temps et le renforcement des dispositifs de politique de santé. C'est pourquoi il y a eu les développements de différents cadres professionnels paramédicaux pour renforcer et pour compléter la prise en charge des personnes en difficulté.

L'ergothérapie participe à ce changement anticipé par l'aide du théâtre surtout à l'intégration sociale des patients qui ont un problème de fonctionnement dans leur quotidien. Le théâtre reconnaît que la schizophrénie est une pathologie complexe fusionnant plusieurs symptômes troublant l'individu et l'empêchant de s'intégrer pleinement dans sa société. C'est justement dans ce sens que cette recherche va s'intéresser à savoir comment le professionnel ergothérapeute va aider le malade souffrant de schizophrénie ou autre à se réintégrer ou à se réinsérer très rapidement dans sa société.

Pour pouvoir répondre à ces multiples questions, il est indispensable de s'intéresser à certaines approches et techniques thérapeutiques de différents spécialistes dans l'objectif de bien garantir la réinsertion sociale de leurs patients. Il y a plusieurs techniques de réintégration sociale chez les personnes souffrant de schizophrénie. C'est pourquoi le travail de cette étude se centre sur le programme de « *remédiation* »¹⁰³⁶ cognitive à base d'interventions psychosociales personnalisées. « *Les déficits cognitifs retrouvés dans la schizophrénie prennent une place importante dans la littérature et de nombreuses applications ont vu le jour pour traiter ces déficits. En effet, les troubles des fonctions*

¹⁰³⁵ Victor ROLLAND « *Réinsertion sociale et schizophrénie : Utilisation d'un programme de remédiation cognitive par l'ergothérapeute* », sous la direction de Sabine LIONNARD-RETY, Université Claude-Bernard Lyon 1, Institut des sciences et techniques de réadaptation, Institut de formation en ergothérapie, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État en ergothérapie, 2012, p. 5.

¹⁰³⁶ La remédiation consiste à l'ensemble des méthodes et des moyens permettant de résoudre certains difficultés d'apprentissage identifiés au cours d'un diagnostic ou d'une évaluation.

Il faut donc distinguer la « *remédiation* » et « *le rattrapage* » puisque ce dernier consiste en une remise à niveau des connaissances.

Or, en art-thérapie, la remédiation cognitive consiste à la rééducation des fonctions intellectuelles, parfois appelées fonctions supérieures telles que l'apprentissages et les comportements sociaux, par la pratique des exercices ludiques. Elle est pratiquée dans le domaine thérapeutique pour réparer des lésions cérébrales ou dans le domaine pédagogique pour corriger une déficience intellectuelle.

*cognitives seraient à la base de déficits sociaux importants. Ces applications sont toutes d'inspiration cognitivo-comportementale, mais elles ne traitent pas toutes les mêmes niveaux cognitifs. »*¹⁰³⁷

Tout au long de ce chapitre, l'étude aura comme axe principal la « *remédiation* » cognitive et l'entraînement des habiletés sociales. Le programme de « *Integrated Psychological Treatment* » est un outil approprié dans l'usage des techniques des ergothérapeutes pour la démarche de réintégration sociale des personnes souffrant de schizophrénie, mais ce programme est peu connu en France. « *Il convient donc d'évaluer ce programme pour savoir s'il répond à l'objectif de la réinsertion sociale. De même, il est intéressant d'évaluer la demande des ergothérapeutes pour l'utilisation de ce type de thérapie. »*¹⁰³⁸

Pour répondre aux problèmes posés dans ce Chapitre, il est nécessaire d'aborder « *Les principales activités du théâtre ergothérapeutique* » en Section I, mais cette idée ne suffit pas. C'est pourquoi il est indispensable d'étudier « *Les approches théoriques et les modalités de prise en charge du patient* » en Section II. La succession de ces deux sections fera le plan de ce Chapitre.

SECTION I - LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DU THÉÂTRE ERGOTHÉRAPEUTIQUE

Pour mieux cerner les principales activités du théâtre chez le professionnel ergothérapeute, il est indispensable de connaître d'abord les conséquences, les répercussions ou les effets des troubles cognitifs menaçant la vie quotidienne du malade souffrant de schizophrénie. Très peu de scientifiques se sont intéressés à ce sujet d'étude, pourtant il y a plus de dix ans de cela, Harvey Philip D. et Sharma Tonmoy s'y sont intéressés et ils expliquent dans leur recherche de 2003¹⁰³⁹, que certains problèmes de fonctions cognitives déficitaires sont directement liés, impliqués ou mêlés dans la symptomatologie négative de la pathologie.

Il est donc important de se demander par exemple pourquoi une personne peut avoir un trouble dans ses fonctions exécutives. C'est tout simplement parce que la personne a des défaillances dans sa mémoire déclarative¹⁰⁴⁰ et dans sa mémoire de travail qui seraient fortement associées et impliquées dans des dysfonctionnements empêchant sa vie indépendante et sa maîtrise de soi. De plus, les troubles des fonctions cognitives liés à ces deux mémoires sont associés à d'autres mémoires comme la mémoire procédurale qui aide ou assiste la mémoire de travail pour assurer la vigilance dans le fonctionnement professionnel ou dans toute activité physique. « *Ainsi, Green et al (2000), cités par Laroit et Van der Linden (2007), ont démontré que la mémoire verbale à long terme était corrélée à tous les types de fonctionnement social, et que le niveau de vigilance était relié à l'acquisition d'habiletés*

¹⁰³⁷ Victor ROLLAND « *Réinsertion sociale et schizophrénie : Utilisation d'un programme de remédiation cognitive par l'ergothérapeute* », *op. ci.*, p. 25.

¹⁰³⁸ *Ibid.*

¹⁰³⁹ Harvey PHILIP D, Sharma TONMOY, « *Comprendre et traiter la cognition dans la schizophrénie : manuel du clinicien* », Londres, Martin Dunitz, 2003.

¹⁰⁴⁰ La mémoire déclarative, elle est parfois appelée mémoire explicite. Elle concerne le stockage et la récupération de données qu'une personne peut les faire apparaître de façon consciente et les exprimer verbalement. Elle est aussi responsable de la mémorisation de toutes les données sous forme verbale. C'est-à-dire, tout ce qu'un individu peut exprimer avec le langage. Elle a encore une fonction complémentaire car elle aide la mémoire procédurale qui facilite l'acquisition et l'utilisation de compétences motrices comme pratiquer le sport.

sociales et à la résolution de problèmes. Ces données suggèrent largement le lien entre les déficits cognitifs et le statut fonctionnel des personnes souffrant de schizophrénies. Cependant, des études plus précises permettront de définir les liens qui existent entre les processus cognitifs et les activités spécifiques de la vie quotidienne. De plus, il est primordial que les troubles cognitifs soient évalués en situation écologique pour mettre en place des stratégies de compensation bénéfiques pour le patient. De plus, cette évaluation permettrait de révéler des difficultés d'interactions avec l'environnement qui n'est pas faisable avec les tests classiques de type papiers-crayons. En outre, les évaluations en vie quotidienne permettraient de définir les capacités et incapacités cognitives de la personne dans son milieu de vie pour évaluer le niveau d'autonomie et les possibilités d'insertion sociale des patients. »¹⁰⁴¹

Richard Bouchard confirme son opinion selon laquelle si la marionnette s'adresse directement aux enfants et aux gens d'esprit, l'art dramatique – le théâtre en particulier ou l'art – la culture en général s'adressent intimement à l'intelligence. Quel que soit l'apport de l'art, ce dernier sollicite la participation de toutes formes de compétences, d'intelligence et la présence de potentiel chez la personne qui s'y investit. C'est à partir de là que la personne peut surmonter ses émotions, ses douleurs et ses sentiments désagréables. C'est pourquoi le recours au théâtre est indispensable pour aider l'individu et est nécessaire et très utile, car il facilite un retour à l'investissement. Ainsi ressort l'expression de théâtre utile, désignée par son effet thérapeutique, par son côté curatif et par son exception de toucher à la sensibilité de l'homme. Son intervention n'est jamais mise en cause, ni sa réussite extraordinaire ni son expression particulière et séduisante. Au théâtre, le langage, l'exclamation des mots, le silence et la gestuelle constituent le monopole d'expressions tant physiques que morales et faciales. Il est possible de cerner l'essence même du théâtre par l'usage et l'exploitation de l'ensemble de ses moyens.

Certes, la personne présentant des signes de schizophrénie¹⁰⁴² ne peut avoir une santé meilleure qu'en travaillant sur ses parties défaillantes telles que son cerveau, son corps, sa timidité, sa peur, son handicap, son regard ou autre.

L'ergothérapeute prévoit dans son projet d'intervention ergothérapique des activités de théâtre thérapeutique caractérisées par d'évaluations, d'analyses, d'informations, de prévoyances, d'éducatifs et de resocialisations. La première action à mettre en place est d'évaluer la situation clinique de la personne sous plusieurs formes, par exemple sa conduite lors de l'entretien, l'identification de ses besoins et de ses attentes, et enfin s'assurer d'une observation lors de la mise en pratique. C'est ainsi qu'une analyse des données et des informations recueillies peut être effectuée. Dans ses objectifs, il doit informer le patient de la démarche envisagée tout en l'intégrant dans le projet en tant qu'acteur. L'artiste ergothérapeute est tenu de communiquer verbalement et par écrit avec l'équipe pluridisciplinaire en prévoyant les ressources matérielles essentielles au projet. Ils organisent

¹⁰⁴¹Victor ROLLAND « Réinsertion sociale et schizophrénie : Utilisation d'un programme de remédiation cognitive par l'ergothérapeute », *op. cit.*, p. 14.

¹⁰⁴² - Difficultés à établir un lien ou contact avec ses proches,
- Envahie par des hallucinations et des impressions étranges,
- Avoir l'impression d'entendre des voix alors que personne ne parle,
- Conscience altérée,

ensemble la prise en charge, tout en respectant les règles qui régissent la profession d'ergothérapeute et celles de l'établissement de soins.

PARAGRAPHE 1 - LES PATIENTS CIBLES DE L'ACTIVITÉ ERGOTHERAPEUTIQUE

Au-delà de la personne présentant les pathologies de la schizophrénie, l'artiste ergothérapeute a dans son atelier plusieurs individus ciblés par son travail. Dans son profil de compétences psychosociales, il engage des processus ou des techniques d'observation consistant à identifier par l'auto-observation et/ou par la conversation durant toutes les étapes d'entretien les comportements ou les gestes inadaptés chez l'individu. Par exemple une personne souffrant d'une dépression : au début de la première séance, elle est informée de sa situation et de la démarche envisagée en activité artistique et thérapeutique, mais aussi du rôle de l'ergothérapeute et de son observation. Le patient est aussi informé qu'il doit s'investir et contribuer dans le même projet en tant qu'associé. Dans les explications de l'ergothérapeute, il sollicite l'avis du malade avant de commencer et il cherche à comprendre ce qu'il accepte et tout ce qu'il ne veut pas. Il observe aussi les déficits comportementaux comme l'inactivité, l'insensibilité, l'évitement social et l'aboulie afin d'améliorer et d'adapter ses comportements à sa vie quotidienne. Sur ces nouvelles cibles, il y a aussi les personnes souffrant de troubles psychotiques puisqu'elles présentent des troubles du comportement qui doivent être éliminés, ou diminués en fréquence ou modifiés en intensité. Il est indispensable de parler des personnes présentant des troubles de contradictions ou de dysrégulations émotionnelles ou comportementales, comme ceux qui souffrent de troubles de la personnalité.

Le comédien ergothérapeute utilisera des indicateurs d'observation directe caractérisés par les activités et les mouvements comportementaux, mais aussi les activités de la vie quotidienne et il mesurera le niveau d'autonomie du patient dans des conditions physiques et/ou instrumentales. *« L'observation porte sur trois types d'actions : les actions automatisées telles que marcher par exemple, les actions répondant à des schémas, des patterns ou routines, se préparer une tasse de thé par exemple, et les actions inconnues par la personne où elle sera obligée d'agir en transférant des compétences acquises dans d'autres routines (Wykes, 2002). Nous avons dans cette catégorie, par exemple, accomplir son hygiène personnelle, conduire une activité particulière (confectionner un collier, par exemple), se déplacer d'un endroit à un autre, exécuter diverses tâches plus ou moins complexes, entretenir son appartement, cuisiner, s'occuper d'un enfant, etc. Le second indicateur sur lequel portera l'observation directe est caractérisé par les habiletés sociales et interpersonnelles : ce sont toutes les situations où la personne ne peut pas agir seule. Les indicateurs de cette catégorie sont, par exemple participer à une conversation avec une, deux, plusieurs personnes, prendre une initiative auprès d'autres personnes, se soumettre à un ordre, avoir une attitude de leadership, refuser une tâche ou une demande, accepter un compliment, savoir collaborer dans un groupe. Le troisième indicateur porte sur l'identité personnelle et la capacité à exprimer ses différents rôles (de parent, d'enfant, d'ami, d'homme, de femme, de membre d'une association, de professionnel, etc.) par des apparences*

(coiffure, habillement, territoire, stratégie personnelle, etc.) ou des attitudes particulières. »¹⁰⁴³

Au-delà de ces trois modes d'observations directes, il y a trois autres modes d'indicateurs d'observation indirecte symbolisés par des signes que le comédien ergothérapeute ne serait pas capable d'observer directement. C'est pourquoi la participation et la collaboration du patient dans le projet sont nécessaire et même indispensable, soit sous la forme d'auto-évaluation, d'auto-observation et d'auto-analyse, soit d'une étude systématique assurée par le comédien ergothérapeute pour découvrir ce que le patient cache au fond de lui-même. « *Le premier indicateur indirect est caractérisé par les compétences neurocognitives simples ou complexes : chaque activité de la vie quotidienne ou le comportement d'autonomie observé exige de la personne des compétences cognitives simples telles que capacité de compréhension de la consigne, d'anticipation, d'attention (sélective, soutenue), de concentration, de mémoire procédurale et des compétences cognitives complexes telles que la capacité à organiser la tâche (planifier son temps ou la succession des tâches à exécuter), capacité à la résolution de problèmes, capacité à la prise de décision, capacité à s'exprimer oralement, par écrit, capacité à calculer, etc. Les capacités neurocognitives complexes devraient être travaillées en collaboration avec un neuropsychologue. L'ergothérapeute est surtout concerné par les compétences cognitives procédurales faisant intervenir un traitement de l'information simple. Le second indicateur indirect est caractérisé par les constituants émotionnels et physiologiques : perceptions ressenties par la personne, émotions primaires (colère, joie, tristesse, dégoût, peur) et les émotions apprises ou sociales telles que la responsabilité, la culpabilité, la jalousie, le ressentiment, etc. Enfin, troisième catégorie, les constituants moraux et sentimentaux caractérisés par les valeurs personnelles, les intérêts, les motivations, les jugements, les espoirs, les rêves, les révoltes, les luttes, etc. Dans cette catégorie sont incluses les représentations que la personne se fait de son corps propre, de la relation qu'elle entretient avec le monde externe. Nous intégrons également dans cet indicateur le sentiment même de soi ou la conscience de soi »¹⁰⁴⁴.*

Au moment de l'exercice, le comédien évalue le patient et si ce dernier présente par exemple des situations violentes, il est violent, le comédien ergothérapeute mesurera de manière subjective le niveau, l'intensité et l'expression de cette violence.

Si l'individu éprouve de l'anxiété, il essaiera lui-même d'évaluer le niveau de l'intensité émotionnelle à l'aide d'une estimation cadrée entre 0 et 10. Par exemple le comédien ergothérapeute demande au patient de préparer son café. Il va donc évaluer la latence du patient qui est égale au temps parcouru ou écoulé entre la demande du comédien et le commencement de l'action de préparation de son café.

AJ L'ANXIÉTÉ SOCIALE OU PHOBIE SOCIALE : TROUBLE DU SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Tout d'abord, l'anxiété doit être distinguée de la peur. Elle correspond à une sensation de troubles, de traumatismes ou de malaises présente chez l'individu de manière constante,

¹⁰⁴³ Sous la direction de Marie-José MANIDI, « *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* », Les Cahiers de l'école d'études sociales et pédagogiques, ch. des Abeilles 14, CH-1010 Lausanne, 2005, p. 63.

¹⁰⁴⁴ *Ibid.*, p. 64.

surtout chez les personnes atteintes de schizophrénie et plus particulièrement chez celles qui souffrent de schizophrénie paranoïde. Cette phobie ne correspond pas à un danger identifié chez la personne souffrante, mais elle est plutôt considérée comme une situation présentant un éventuel comportement incontrôlable, par exemple : des crises de paniques, des insomnies, des tremblements ou une augmentation de la pression artérielle. Ce trouble du spectre de la schizophrénie fait partie des symptômes négatifs de cette maladie, toutefois, il peut être encouragé par d'autres symptômes jugés positifs comme des délires ou des hallucinations.

La personne présentant ces troubles doit être sous l'observation attentive du comédien ergothérapeute puisqu'elle a peur d'agir ou de dévoiler des symptômes d'anxiété pour éviter d'être jugée négativement. Elle ne participe pas à une situation présentant une peur ou une angoisse. *« La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel (critère E). La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement six mois ou plus (critère F). La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère G). La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ni à une autre affection médicale (critère H). La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental (critère I). Si une autre affection médicale est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs (critère J). On peut spécifier si le trouble anxieux sociale est seulement de performance dans le cas où la peur est limitée aux situations de performance ou de parler en public. Selon le modèle cognitivo-comportemental, les distorsions cognitives dans le trouble anxieux sociale seraient principalement centrées sur l'anticipation du rejet, de la désapprobation ou de l'embarras. Ces pensées automatiques négatives avec focalisation interne seraient un facteur d'entretien de l'anxiété sociale en provoquant des réactions émotionnelles négatives et en altérant la performance dans les situations sociales (Voges and Addington 2005). »*¹⁰⁴⁵

C'est le cas lorsqu'un individu entend des voix désagréables venant de près ou de loin lui donnant des ordres. Cela peut être un facteur de stress et d'angoisse qui augmente l'intensité de l'anxiété. C'est surtout une anxiété sociale lorsque le patient a le sentiment de désinsertion sociale, de solitude, d'inutilité ou d'abandon. Il entend un langage intérieur comme si c'était un message venant de quelqu'un d'autre. Entendre parler, suivre des ordres alors que personne ne s'exprime autour de soi, constitue une expérience dérangement. C'est dans ce sens-là que le comédien ergothérapeute envisage des exercices visant à apprendre à bien distinguer la voix intérieure et tout type de discours d'autrui.

1) Une analyse des signes cliniques et quelques diagnostics possibles

Ici, le comédien en charge de l'atelier cherche l'approche consistant à déterminer systématiquement les comportements problématiques du patient en identifiant les antécédents, d'une part, et, d'autre part, à chercher à comprendre comment ils se déclenchent. Il cherche encore à savoir quelles sont les éventuelles conséquences soit pour la personne souffrante soit

¹⁰⁴⁵ Nicolas THOUMY, « La comorbidité entre troubles du spectre de la schizophrénie et troubles anxieux, revue de la littérature », directeur de thèse Docteur Clélia QUILÈS, Université de Bordeaux, Médecine humaine et pathologie, 2016, p. 16.

pour son entourage. À ce niveau, il doit aussi évaluer le degré d'implication de la personne dans sa volonté de procéder au changement. L'analyse comportementale et fonctionnelle est concrète et en même temps synthétique. Il est indispensable d'analyser les comportements et d'identifier les leviers d'activités artistiques, culturelles et thérapeutiques pour aider le changement envisagé par le patient.

Procéder à une analyse fonctionnelle est un moyen de dessiner, de schématiser dans le dossier du patient le problème dont il souffre. Il est évident que tous les signes cliniques ne sont pas représentés dans le dossier, mais l'essentiel et les grandes lignes doivent y figurer.

Comment peut-il analyser les signes cliniques présentés par le patient ? Comment peut-il remarquer tous les comportements problématiques lors de l'atelier ?

Dans les séances d'ateliers, le comédien commence par regarder l'inactivité du patient. S'il n'est pas actif et qu'il ne participe pas à la démarche, cela signifie qu'il souffre déjà de troubles d'anxiété sociale. Celui qui reste sans rien faire dans l'atelier présente des comportements problématiques. En plein exercice par exemple, le comédien propose au patient de faire de la broderie et ce dernier décide de broder une robe pour sa fille. Néanmoins, il commence par avancer une pensée d'auto-observation telle que : « *Je ne sais pas faire ça, et d'ailleurs, même si j'arrive à le faire, ça ne sera présentable. Certes, je suis une mauvaise mère* » (paroles de Madame X. lors d'une phase d'échanges pendant les enquêtes). Dans le débat d'échanges, elle avançait des sentiments émotionnels qui vont vers une auto-observation rarement identifiée pour les non professionnels. Elle disait : « *J'ai peur d'avancer, je me sens contrariée et confuse. C'est plutôt la fatigue qui me gagne.* » Ce genre de sentiments lui provoque des conséquences.

D'autres types de comportements problématiques peuvent se présenter lors d'une séance de groupe. Par exemple : au début de l'atelier, un des participants se retire et se met de côté. Il s'éloigne un peu du groupe. Le comédien lui demande pourquoi il s'éloigne des autres et il répond avec une voix chuchotante : « *De toute façon, je ne vois pas qui pourrait s'intéresser de moi. Je suis nul et je ne sais pas quoi dire dans le groupe.* » Ce patient présente un sentiment d'isolement qui a des conséquences pour lui puisqu'il a peur des autres.

Avant que le comédien définisse le problème et établisse une ligne de soins artistiques et thérapeutiques, il doit regarder et définir au préalable les comportements inadaptés du patient et ceux qu'il doit améliorer ainsi que ceux qu'il doit garder de façon durable. Ainsi, il comprendra donc ce qui est nécessaire pour l'apprentissage thérapeutique et comment l'évaluer.

a) L'anxiété : l'éventuelle conséquence chez le souffrant de la schizophrénie

Pourquoi le jeu dramatique intervient-il de façon individuelle ou en groupe dans les soins du patient présentant des pathologies de schizophrénie ?

« *Le théâtre participe dans les soins du patient pour éviter ou éliminer toutes les conséquences possibles chez le soigné. Le maître du jeu dramatique retravaille sur la première conséquence qui est le retrait social. Le souffrant d'anxiété éprouve en général un sentiment d'inconfort et d'accompagnement dans ses rapports d'interaction avec les autres. Il se sent gêné et mal à l'aise dans le travail de groupe et surtout face à l'inconnu. Il aura*

tendance à rester dans son environnement habituel et s'éloigner, à s'isoler même vis-à-vis de ses parents, de ses proches ou de ses amis.

Prenons par exemple un Monsieur G. bénéficiant des soins dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) est souffrant d'une anxiété – une pathologie de schizophrénie. Chaque milieu et fin de la semaine sa famille vient lui rendre visite. Cependant, au bout de deux ou trois heures, Monsieur G. commence à avoir besoin de s'isoler, d'avoir un peu de distance et il demande à sa famille de se retirer. Cela ne signifie pas qu'il ne veut pas les voir comme certaines familles le pensent, mais c'est juste une manifestation d'anxiété qui gagne peu à peu son système psychologique et qui se manifeste sur son corps.

Cette souffrance peut engendrer des troubles du sommeil – des insomnies. Des difficultés pour s'endormir, de fortes présences de cauchemars et alors le temps du sommeil n'est plus perçu comme un temps de repos, mais plutôt comme un facteur ou moment de stress supplémentaire.

Les conséquences peuvent se développer vers une sanctuarisation du domicile ou une partie du domicile comme les toilettes, la cuisine, le salon ou la chambre à coucher. Celui qui présente ces pathologies – l'anxiété – veut tout contrôler jusqu'aux moindres détails de ces espaces ou l'une d'elles afin d'éviter de rentrer en conflit avec qui que ce soit ou en confrontation à des situations gênantes. La chambre à coucher par exemple devient un lieu sécurisé et les entrées sont sélectives. Les entrées à l'improviste peuvent être mal perçues.

Il est indispensable de parler de l'addiction à l'alcool ou à l'usage fréquent de la cigarette, du cannabis, mais aussi tous ces produits toxiques peuvent empêcher l'efficacité du traitement médicamenteux. Avoir recours à ces produits toxiques est une réponse directe à l'anxiété et plusieurs patients considèrent que c'est une forme d'automédication. C'est pourquoi il ne faut jamais blâmer la personne qui en fait usage.

L'anxiété peut engendrer d'autres conséquences comme des achats compulsifs, préjudiciables par rapport à son budget, mais elle peut aussi mener le patient jusqu'au suicide. C'est une des conséquences que les comédiens ergothérapeutes travaillent de plus en plus dans l'art dramatique dans le principe de montrer la douleur de la mort pour enfin s'assurer que ses patients ne feront pas à la mort un recours stricto sensu. »¹⁰⁴⁶

b) La prise en charge du patient

Les méthodes de prise en charge chez le comédien ergothérapeute diffèrent de celles des autres professionnels dans le sens où son concept thérapeutique se base sur des principes distincts de la thérapie humaniste comme la gestalt-thérapie. Cette psychologie de forme a été initiée pour la première fois par le philosophe et le psychologue autrichien Christian Von Ehrenfels en 1890 dans son article « *Über gestaltqualitäten* »¹⁰⁴⁷ et elle a été retravaillée en 1910 par trois psychologues : Max Wertheimer, Kurt Koffka et Wolfgang Köhler. Cette théorie aide l'individu à avoir une vision générale de lui-même afin de lui permettre de comprendre très rapidement comment il fonctionne. La gestalt-thérapie fait partie des

¹⁰⁴⁶ Ibid

¹⁰⁴⁷ Christian VON EHRENFELS, « *über gestaltqualitäten* », *Vierteljahrsschrift fuer wissenschaftliche Philosophie*, 1890 (Christian von Ehrenfels, « À propos des qualités de design », *Journal trimestriel de philosophie scientifique*, 1890).

thérapies psychocorporelles avec le jeu comme activité de base : le théâtre, la mise en scène des difficultés ou l'exploitation des dessins ou autres. Le travail par cet aspect ludique permet facilement d'identifier et de comprendre l'origine de ces difficultés et de prévoir et d'expérimenter des pistes, des chemins ou des solutions nouvelles. L'intervention peut être soit en psychothérapie individuelle soit en groupe, en couple, en entreprise ou en famille.

La théorie¹⁰⁴⁸ de la gestalt-thérapie (*rappelons d'abord la définition du mot allemand « Gestalt »*. Une *gestalt est un tout, une figure, une configuration d'ensemble*)¹⁰⁴⁹ précise que le tout est différent de ses composantes. Elle impose par ses lois un impact majeur sur la perception visuelle et présente une incidence considérable sur la manière dont chaque individu perçoit la forme d'une image et comment il lui attribue un sens. C'est pourquoi le cerveau donne ou attribue un sens à des formes quelconques ou des images qui n'en ont pas auparavant. Le travail d'expérimentations avance des théories sur :

- une approche globale, c'est-à-dire le sujet est étudié dans son ensemble, l'exercice doit considérer le corps, l'âme et l'esprit comme une unité inséparable ;
- une centralisation du sujet sur sa personne, ses affections, ses besoins, ses buts et ses capacités au centre des soins thérapeutiques ;
- une assistance tout au long du processus de soins, le soigné détermine lui-même sa thérapie de façon active et il est assisté par le comédien ergothérapeute ;
- une orientation sur le développement de l'individu : évolution et orientation sur le comportement individuel ;
- une initiation aux relations d'échange, prévoir un dialogue ouvert entre l'artiste ergothérapeute et le soigné, placer un climat de communication et de contact à égalité généralement remarqué par un tutoiement (tu, te ou je, moi). Le contact direct entre tous les participants constitue le moteur de la motivation et de l'implication à la thérapie.

2) L'atelier de théâtre du comédien ergothérapeute

Ce travail de recherche démontre qu'il est indispensable d'interroger différents artistes ergothérapeutes pour mieux cerner les interrogations de ce chapitre. D'un côté, il faut analyser les moyens et les méthodes de ceux qui n'utilisent pas le même système pour faciliter la réintégration ou la réinsertion sociale des personnes affectées par des troubles de schizophrénie. Autrement dit ceux qui utilisent des techniques classiques pour encourager la réinsertion sociale telle que les sorties de groupes, des manifestations artistiques ou artisanales dans le but de développer des liens affectifs et sociaux, mais aussi de favoriser le sens de la collaboration, d'aider le souffrant de façon individualisée à répondre à ses besoins personnels. Cette partie constitue l'activité du groupe des non IPT (*Integrated Psychological treatment*)¹⁰⁵⁰. D'un autre côté, il faut étudier l'expérimentation des professionnels qui utilisent le programme IPT¹⁰⁵¹ comme moyen de « *remédiation* » cognitive dans le sens de favoriser très rapidement la réinsertion sociale de la personne présentant des signes de

¹⁰⁴⁸ Janine CORBEIL, Danielle POUPARD, « *La Gestalt* », éd., Revue Santé mentale au Québec, Vol., 3, n°1, 61-84, juin 1978.

¹⁰⁴⁹ *Ibid.*

¹⁰⁵⁰ Vict Victor ROLLAND « *Réinsertion sociale et schizophrénie : Utilisation d'un programme de remédiation cognitive par l'ergothérapeute* », *op. cit.*,

¹⁰⁵¹ *Ibid.*

schizophrénie. En guise de rappel, le programme d'IPT¹⁰⁵² est une formation continue proposée aux ergothérapeutes par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes dans le cadre d'un diplôme universitaire mis en place en 2012.

Après plusieurs enquêtes, cette recherche affirme que les professionnels qui n'utilisent pas l'IPT¹⁰⁵³ sont peu nombreux sur le territoire français et il est difficile d'en trouver un qui répondrait volontiers à des questions pratiques et même théoriques. En effet, ce programme domine la profession d'ergothérapeute et il est majoritairement proposé aux personnes soignées et suivies dans des institutions de soins spécialisés dans la réhabilitation psychosociale et professionnelle. Cependant, après la lecture de plusieurs rapports et articles scientifiques évoquant cette problématique, il était indispensable de répertorier ceux qui acceptaient de répondre très rapidement pour faciliter la recherche. La difficulté était énorme puisqu'il était quasiment impossible de les joindre, que ce soit par téléphone, par email ou autres.

Toutefois, certains professionnels ayant recours à ce programme ont répondu aux questionnaires, même si cela n'était pas suffisant, ils ont fait le geste de vouloir contribuer à encourager et à soutenir cette recherche. Dans la partie des professionnels n'utilisant pas l'IPT¹⁰⁵⁴, quelques-uns ne voulaient pas répondre aux questionnaires parce que leur savoir-faire n'intègre pas la réinsertion sociale dans les démarches des ateliers et de prise en charge. C'est pourquoi l'étude s'intéressait un peu plus à ceux qui participaient à la réinsertion sociale des personnes présentant des signes de schizophrénie en soins psychiatriques pour les adultes.

Pour la plupart des questions, il a été volontairement décidé de ne pas les poser clairement pour éviter d'influencer les réponses ou d'initier une piste. Il y avait aussi l'idée d'éviter de donner une image de comparaison à ces deux groupes de travail. Il était important d'être positif puisqu'il n'était pas question de promouvoir une technique ou un système par rapport à l'autre, mais de repérer et d'identifier les besoins communs, d'évaluer une pratique et enfin de délimiter l'intervention de chacun.

Après avoir étudié chaque étape du questionnaire, il faut encore approfondir la notion de réintégration ou de réinsertion sociale en ergothérapie puisqu'au fil de l'évolution de cette recherche, il est apparu que tous les comédiens ergothérapeutes n'utilisaient pas ce terme de la même façon.

D'une part, il est considéré comme le fait de réintégrer l'individu dans la société, une manière de réintroduire petit à petit le patient dans ses activités de la vie quotidienne et dans la communauté.

D'autre part, la notion d'insertion sociale est perçue par certains professionnels du domaine comme toute activité favorisant le retour intégral ou partiel de l'individu examiné dans la communauté ; par exemple l'aide et la facilité octroyées à ces gens-là pour accéder à leurs droits et à leurs obligations attachées à la vie collective.

En France, il y a un autre sens accordé à cette notion avancée par Gilles Vidon¹⁰⁵⁵ depuis le début des années quatre-vingt-dix qui s'est référé à plusieurs courants¹⁰⁵⁶ de pensée,

¹⁰⁵² *Ibid.*

¹⁰⁵³ *Ibid.*

¹⁰⁵⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵⁵ Gérard MASSÉ, « *Pour une réhabilitation psychosociale à la française* », éd., Revue, L'information psychiatrique, avril 2004, Vol., 82, 291-296. Repris dans les ouvrages de Gilles VIDON, « *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Paris : Frison-Roche, 1995 et Gilles VIDON, « *Comment le terme de réhabilitation est-il apparu dans notre environnement culturel?* » In : ARVEILLER J-P, éd. *Pour une psychiatrie sociale 50 ans d'action de la Croix-Marine*. Erès : Ramonville Saint-Agne, 2002.

comme la psychothérapie institutionnelle, la sectorisation psychiatrique et le mouvement de création d'alternatives à l'hospitalisation. Il s'agit de la réadaptation ou de la réhabilitation. Selon ces avancées, la démarche de réhabilitation doit pouvoir proposer à l'individu des réponses adaptées à ses besoins et à tous les facteurs provoquant une entrée en psychose et qui incitent à les corriger et qui permettent une véritable insertion accompagnée par des objectifs motivants et plausibles. Il développe ses recherches en affirmant que la réadaptation est l'ensemble des soins distincts et spécifiques s'adressant à des personnes souffrantes, après avoir passé la période des soins curatifs adéquats. La notion de réinsertion ou plutôt d'insertion tout court, apparaît chez la personne examinée comme problématique, mais elle est susceptible d'être résolue dans le plus bref délai et elle arrive ainsi à participer de façon libre et responsable à sa vie personnelle et sa vie commune. Tout simplement, la réinsertion sociale est un procédé de réadaptation de la personne malade. En effet, le comédien ergothérapeute s'intéresse à la réinsertion sociale du patient parce que ses pathologies l'empêchent de s'intégrer et de s'adapter mentalement dans la société.

Il y a d'autres artistes qui utilisent la réhabilitation dans le sens de la littérature anglo-saxonne qui signifie en psychiatrie l'apprentissage d'un ou des comportements ou des attitudes. Il permet à l'individu de retrouver ses activités ou de pallier un déficit gênant.

Il est indispensable de parler de la réinsertion sociale en utilisant les moyens de la réhabilitation psychosociale avant de définir ses objectifs. Cette action dramatique a un but général et prend en considération l'état de santé du malade. Elle essaye d'améliorer, de maintenir et de restaurer la qualité de vie de l'individu touché par des problèmes psychiatriques en l'aidant à se prendre en charge et à maintenir sa vie quotidienne afin qu'il puisse travailler ou apprendre à vivre dans la communauté avec toutes formes de satisfactions possibles. *« Enfin, il convient d'établir la place de la réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Selon Blondeau, Nicole et Lalonde (2006), il existe plusieurs interventions spécifiques validées scientifiquement en fonction de la phase de la maladie. Les auteurs différencient la phase aiguë de la maladie de la phase de rémission ou de stabilisation. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresserai à la phase de rémission dans la schizophrénie. Durant cette phase, le but de la réhabilitation consiste à "maintenir un bon contrôle sur les symptômes, à minimiser les stressors agissant sur le patient, à diminuer le risque de rechute et à favoriser la réhabilitation par l'acquisition de stratégies adaptatives." Selon certains auteurs, ce stade nécessite la mise en place d'interventions psychosociales spécifiques pour diminuer le risque de rechutes. Ce risque de rechute est très élevé durant les cinq années suivant la première crise. De plus, le nombre de rechutes pourrait être associé à une plus grande résistance au traitement. Il est donc primordial que les soins soient spécifiques et adaptés aux patients pour limiter le risque de rupture. Les interventions psychosociales sont donc un moyen pertinent dans la prise en charge évolutive des personnes souffrant de troubles psychiques. Toujours selon Blondeau et al (2006), il existe trois interventions psychosociales spécifiques de la phase de rémission :*

** Les interventions auprès des familles. Celles-ci ont pour but d'amener le patient et sa famille à une position de collaboration active pour avoir une vision plus réaliste de la*

¹⁰⁵⁶ Ibid.

maladie. Plusieurs programmes de psychoéducation existent aujourd'hui. On peut, par exemple, citer le programme PACT (Psychose : Aider, Comprendre, Traiter).

* *Les interventions communautaires.* Dans ses interventions, on peut citer les techniques de soutien à l'emploi, les suivis individuels en équipe dans la communauté.

* *Les interventions individuelles.* Celles-ci comprennent les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale comme le programme IPT ou des techniques visant à améliorer les schémas cognitifs. Il s'agit notamment de la thérapie COPE (Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis). »¹⁰⁵⁷

a) La scène : espace intermédiaire et de créativité

L'espace du jeu n'a pas de limites. Il est très vaste et il peut se prolonger vers toutes formes de créativités selon l'individu, sa culture et sa liberté. Son espace constitue l'ensemble de son vécu, de son histoire et de toutes ses expériences tant personnelles que professionnelles. Pour mieux étudier la réintégration, la réinsertion, la réhabilitation ou la resocialisation du patient, il faut donc mettre son espace de vie dans l'étude fonctionnelle de façon indivisible, individuelle et collective. Chaque individu a son espace à lui qui lie son expérience et son environnement.

C'est le lieu convenable pour analyser sa réalité psychique, ses comportements et son mode de vie en fonction du monde existant. C'est pourquoi il faut considérer cet espace dans l'imaginaire et dans la créativité du patient pour pouvoir assurer son développement de façon progressive. Il développe la capacité de créativité, d'imaginaire, de production et il est utile pour mesurer le développement du soi.

C'est pourquoi il faut toujours aider le patient à découvrir ce qu'il est et ce qu'il représente pour mieux solliciter sa créativité. Il découvre sur la scène en même temps que le comédien ergothérapeute, ses goûts, ses désirs, ses passions, ses habilités, ses envies, ses manières d'agir et de réagir ainsi que ses attachements, c'est-à-dire que c'est le lieu idéal pour découvrir et développer tout ce qui le caractérise. Le jeu contribue à l'épanouissement, à la connaissance et à l'équilibre du patient, ce qui n'était pas possible avant l'intervention.

C'est dans l'espace du jeu que le patient regagne un sentiment de confiance et de sécurité et qu'il identifie les mesures d'accompagnement prévues à son égard. La plupart des artistes intervenant dans ce domaine le considèrent comme un espace de transition et de repos.

b) La mise en œuvre de l'atelier

La répétition de la scène et la représentation sont en principe deux moments différents dans chaque réalisation d'une pièce de théâtre, mais ils sont indispensables pour mener à bien l'étude d'expérimentation théâtrale. La répétition est la phase la plus difficile pour chaque comédien puisque c'est la partie ou la phase la plus chronophage de toutes les étapes avant d'arriver à la phase finale qui est la représentation de la pièce. Dans chaque atelier, le patient reprend et retravaille les mêmes thèmes et évolue progressivement avec l'équipe encadrante. Les grands hommes du théâtre disent qu'il n'y a pas de représentation sans répétitions. Elle

¹⁰⁵⁷ Victor ROLLAND, « Réinsertion sociale et schizophrénie : Utilisation d'un programme de remédiation cognitive par l'ergothérapeute », *op. cit.*, p. 7.

est indispensable au jeu dramatique, même si certains projets d'expression scénique n'ont pas une finalité représentative. Le fait de prévoir des séances de répétition permet de stabiliser la vie du patient et de bien repérer les étapes et les modifications de la pièce étudiée. Elle demande une implication de chaque personne dans chaque personnage.

La représentation est le fait de représenter publiquement le travail effectué de semaine en semaine, dans le but de solliciter l'avis du public d'une part, et, d'autre part, pour constater l'évolution des participants.

Certains comédiens ergothérapeutes expérimentant les malades touchés par la schizophrénie expliquent que le traitement neurologique n'apporte pas un changement total à la vie sociale et/ou professionnelle du malade examiné, puisque la plupart de ces malades ont ou gardent en général un symptôme négatif considérable.

« Dans le but de la réinsertion, il faut adjoindre au traitement de base des actions psychosociales et psychothérapeutiques. Dans ce but, il est primordial de prendre en compte les troubles cognitifs retrouvés dans la schizophrénie. En effet, les troubles cognitifs ont des conséquences sur l'aspect microsocial et macrosocial de la personne. Pour mieux comprendre ces relations, il convient d'expliquer le concept de traitement de l'information. Ce concept englobe tous les processus de classification, d'association et d'évaluation des informations à la base des comportements et du vécu. La théorie du traitement de l'information cherche à comprendre comment les informations sont saisies, comprises et traduites en conduites observables. Les patients schizophrènes souffrent de troubles du traitement de l'information. En effet, Pomini et al (1998) mettent en avant des troubles cognitifs de base se répercutant sur le système. On peut citer, par exemple, la difficulté dans la sélection de stimuli, dans l'identification de stimuli et des difficultés dans la formation de concepts. Plus récemment, des études mettent en avant des difficultés dans les tâches d'apprentissage. Les patients schizophrènes réagiraient de façon excessive à des indices immédiats, mais négligeraient des stimuli plus éloignés dans le temps. Cette capacité d'apprentissage comportementale est sous la dépendance des fonctions neurocognitives de base comme la mémoire, l'attention, mais aussi d'éléments psychologiques comme les biais de perception des événements. Elle dépend aussi de facteurs subjectifs comme la motivation ou le sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi, pour accroître l'efficacité d'un comportement social, on peut : améliorer les fonctions neurocognitives, enrichir le répertoire comportemental, améliorer le sentiment d'efficacité, diminuer les biais cognitifs, accroître l'apprentissage de problèmes interpersonnels et modifier l'environnement du patient. Pomini et al (1998) ont développé un modèle selon lequel les troubles du traitement de l'information se répercutent sur d'autres niveaux de fonctionnement et se renforcent mutuellement sur leurs effets fonctionnels. Les auteurs ont donc développé des cercles vicieux pouvant expliquer ces interactions fonctionnelles perturbatrices. »¹⁰⁵⁸

Pour faire fonctionner un atelier de théâtre ergothérapeutique il faut donc un lieu fixe dédié pour le travail, des horaires précis, avoir les mêmes référents dans chaque exercice, mais aussi le groupe de travail doit être le même avec peu de changements. Il est impératif que tous les participants aient les mêmes conditions, les mêmes règles et les mêmes obligations afin d'assurer un dynamisme de groupe.

¹⁰⁵⁸ Ibid., p. 13.

B] LE THÉÂTRE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Les personnes âgées constituent un intérêt particulier chez les professionnels médicaux, mais aussi paramédicaux dans la mesure où elles sont touchées dans leur santé mentale par la maladie et par la vieillesse. Elles souffrent d'un certain nombre de problèmes qu'elles ne connaissaient pas dans la vie active tels que la stigmatisation, l'image que leur renvoie la société ou leur entourage tout comme l'exclusion. Les personnes âgées ne sont pas capables de suivre le rythme de l'évolution rapide de la société, car cela demande un effort constant d'adaptation et d'équilibre qui leur manque à cet âge.

L'intérêt que présentent les personnes âgées est que l'opinion publique considère la vieillesse comme un déclin inéluctable.

Le but de prendre en charge les personnes âgées et de les aider dans une large mesure à affronter un triple défi indispensable à leur âge. Elles doivent se battre contre les problèmes et les difficultés liés à leur âge comme le vieillissement physiologique, l'image renvoyée par leur entourage qu'il trouvent parfois dégradante, ennuyante et négative, mais aussi elles doivent se battre contre les pathologies de l'âge avancé. C'est ainsi que les comédiens s'engagent à dénoncer et à éradiquer les idées fausses qui touchent les personnes âgées afin de faciliter la compréhension de leurs troubles, l'isolement de chacune d'elles et de mieux traiter toutes les maladies de leur âge avancé. Cette manière de dénonciation a incontestablement dominé les ateliers et la pratique des comédiens exerçant dans les établissements de soins plus particulièrement en ergothérapie depuis les années soixante.

1) Les causes fréquentes des pathologies affectant l'âge avancé

Les personnes âgées dans ce monde contemporain sont touchées par la dépendance. Cette pensée est naissante en matière de santé publique, mais elle occupe une place prépondérante en atelier d'ergothérapie et en art dramatique au cours de ces trois décennies. Cette population souffrant d'une maladie d'impulsivité – la schizophrénie – entraîne un abus de médicaments agissant sur le fonctionnement psychique et elle se réfugie dans la consommation d'alcool et/ou des produits toxiques. La Société canadienne de la schizophrénie précise qu'environ 50 %¹⁰⁵⁹ des personnes qui ont bénéficié d'un diagnostic de schizophrénie éprouvent aussi certains problèmes liés à la consommation de drogue, d'alcool et d'autres produits nocifs ou à la dépendance à toutes sortes de substances psychoactives. Les personnes âgées ont une instabilité croissante des troubles et des problèmes psychologiques. Leur catégorie sociale est fortement diminuée. Elles perdent des valeurs sociales, psychiques et le fait d'exister pour oublier ou éviter la mort cliniquement annoncée.

Le schizophrène a deux facteurs pathologiques amplifiant sa fragilité due à l'âge avancé : d'une part, il y a les atteintes psychoaffectives et, d'autre part, les affections psycho-organiques. Ils développent d'autres branches conséquentes qui en renforcent les causes principales :

- le poids de thérapie médicamenteuse, la peur de l'inconnu, la peur des accidents, la peur de perdre du poids, mais aussi de son propre vieillissement ;

¹⁰⁵⁹ [http : www.schizophreniaandsubstanceuse.ca/french/sutepagesF/familiersF.html](http://www.schizophreniaandsubstanceuse.ca/french/sutepagesF/familiersF.html), consulté le 21 octobre 2018.

- l'intériorisation du sentiment de faiblesse, de stigmatisation et l'élimination de toute évidence.

a) D'autres causes possibles pour une prise en charge

Les comédiens ergothérapeutes prenant en charge les personnes âgées s'attachent un peu plus à leurs participants aux ateliers, car ils considèrent que le théâtre est le moyen le plus rapide pour éradiquer les troubles mentaux. Ils essaient donc de renforcer certains mécanismes pour supprimer la stigmatisation des personnes d'âge avancé atteintes des troubles psychiques. Ce renforcement est effectué à partir des actions culturelles telles que prendre en considération les différences, les attachements et les croyances significatives ayant un sens particulier dans la vie de la personne âgée, mais aussi dans la société. L'ensemble des méthodes et des moyens mis en place par la technique de l'ergothérapeute prend en compte le lien de causalité de la maladie psychique. Les ergothérapeutes envisagent avec les membres de la famille ce qu'ils considèrent comme solution tout en retenant leurs propositions.

À chaque étape, des mesures obligent le professionnel à prendre en compte l'instabilité économique et sociale de la personne âgée telles que la guerre – affluence des réfugiés –, sans domicile fixe ou émigration, puisque ces cas représentent une porte ouverte à la stigmatisation et aux injures faites aux patients de toutes catégories d'âge, souffrant d'une ou de plusieurs pathologies mentales.

L'intérêt porté à ces personnes âgées est renforcé du fait de la négligence ou de l'absence de mesures ou de stratégies préventives et de politiques de traitement des maladies mentales. Il y a surtout un manque d'information et d'éducation de la personne malade, et aussi du professionnel médical et du public de proximité afin qu'ils puissent comprendre la valeur que représente une personne âgée et sa santé. Cette prise de connaissance aide la population à comprendre le niveau de discrimination sexuelle à l'égard de la population des personnes âgées où les femmes sont encore plus touchées que les hommes.

b) Quelques conséquences possibles de troubles mentaux

La personne âgée souffrant d'un ou de troubles mentaux comme la schizophrénie et qui subit de multiples stigmatisations sans bénéficier de prise en charge, va fort probablement développer des attitudes négatives comme :

- « - les idées de préjudice dans la pensée populaire qui désigne la personne atteinte mentalement comme dangereuse, faible, irresponsable, etc. ;
- l'association de la vieillesse à la faiblesse, à la maladie, aux bizarreries, à l'inflexibilité, à l'improductivité, etc. ;
- le développement d'idées fausses selon lesquelles les individus seraient responsables de leur maladie et de ses conséquences ;
- l'émergence de clichés populaires, souvent appuyés par les médias, confondant maladie mentale et personne âgée ;
- la conviction traumatisante chez les victimes de stigmatisation se traduisant par la gêne, la dévalorisation, le recul devant la possibilité de discuter de leurs problèmes, les empêchant d'accéder aux services ;

- l'apparition de sujets tabous fuyant le débat public ;
- l'instauration d'attitudes professionnelles négatives vis-à-vis des personnes âgées souffrant de maladie mentale ;
- le renforcement d'opinions professionnelles alarmistes relatives aux besoins, à la charge et aux coûts des soins.

Ces constats situent bien le problème de la personne âgée, qu'elle soit saine ou atteinte dans sa santé, qu'elle appartienne à l'hémisphère nord ou à l'hémisphère sud. Nous percevons ainsi, en filigrane de ces constats, des notions ou des mots clés tels que : lourdeur de la charge, dangers, improductivité, incapacité, etc. »¹⁰⁶⁰

2) Les facteurs d'orientations d'une prise en charge

La plupart des recherches faites en psychiatrie avancent trois grands axes pathologiques ou paramètres d'orientations de prise en charge du patient atteint de troubles psychoaffectifs qui constituent l'essentiel ou les principes de base des pathologies rencontrées en sciences d'études psychiatriques. Il s'agit de la dépression, de la démence et de la décompensation psychotique. Ces trois facteurs touchent la personne de l'âge avancé souffrant de schizophrénie.

Ces trois axes sont travaillés de façon non identique parce qu'ils sont attachés ou associés à différents paramètres dont il faudra toujours tenir compte du début jusqu'à la fin de l'atelier dramatique, de façon personnalisée. « *Ils constituent des nœuds auxquels chaque approche thérapeutique impliquée dans la situation se doit de trouver une réponse appropriée, bien entendu en fonction de ses propres outils. Nous remarquons que des trois catégories pathologiques énumérées ci-dessous, deux appartiennent au registre psychoaffectif et la troisième au registre particulier des troubles psycho-organiques. Le fait de bien distinguer ces deux versants n'est pas fortuit, puisque, comme nous allons le voir par la suite, le concept d'application ergothérapeutique diffère, selon qu'il s'adresse à l'une ou à l'autre "famille" pathologique.* »¹⁰⁶¹

En parlant de la prise en charge de l'âge avancé en ergothérapie, cela confond les deux notions de réadaptation et d'adaptation. Peu importe les moyens de prise en charge, soit en psychiatrie soit en ergothérapie, la mission de l'une ou de l'autre impose une obligation de répondre à leur impératif tout en optant pour des objectifs et des actions extra-hospitalières. Car il existe toujours des liens entre la maladie et le milieu dans lequel vivait le patient avant, pendant et après la maladie. Les comédiens installent dans leurs champs d'étude une trilogie d'interactions : patient, activité et environnement. Mais dans tous les cas, le patient est au centre de l'activité et de l'environnement. C'est pourquoi, avant de lancer le processus de l'atelier, il faut inciter et pousser les limites de la pensée et de la réflexion pour toucher d'autres sciences et disciplines susceptibles d'apporter une solution.

Cette recherche propose une vision globale à prendre comme exemple d'orientation en soins ergothérapeutiques fondés sur des activités dramatiques. Le patient est pris en charge en fonction de ses troubles dépressifs qui en général sont fréquents chez la personne âgée. Il en est de même lorsqu'il présente une augmentation de ses pertes cognitives et qu'il demande un

¹⁰⁶⁰ Marie-José MANIDI, « *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* », op. cit., p. 263.

¹⁰⁶¹ *Ibid.*, p. 267.

accompagnement aux soins. « *L'intervention précoce en matière d'atteinte organique cognitive peut atténuer l'augmentation des démences dues au vieillissement démographique et le problème de l'augmentation régulière du nombre de personnes nécessitant des prestations de santé. La polymorbidité chez les personnes âgées nécessite une approche intégrée et multidisciplinaire. Des mesures ciblées de prévention et de rééducation auprès des personnes âgées permettent d'atténuer sensiblement le problème de l'augmentation continue, due au vieillissement démographique, du nombre de personnes nécessitant des prestations de santé. Il n'est pas dans l'ambition de ce texte de s'approprier une science comme la démographie. Il s'agit simplement d'attirer l'attention sur l'influence que peuvent avoir des mesures de réadaptation, de prévention et de compréhension des phénomènes influençant la santé publique, afin de permettre la mise en place des solutions les plus appropriées.* »¹⁰⁶²

a) Signes de dépressions et de décompensations psychotiques

La personne âgée ou toute personne souffrant d'une schizophrénie conséquente présente des états dépressifs qui motivent la prise en charge. Il y a par exemple l'agressivité, le manque de temps, la culpabilité, la souffrance morale, la haine et le manque d'envie.

Elle a aussi d'autres états de décompensation psychotique comme la gestion de l'angoisse via ses mécanismes de défense, la relation de cause à effet, l'allusion à la réalité et à l'imaginaire, les difficultés gênant le discernement et la distinction entre l'agréable et le désagréable, tout comme l'espace et la distance et autres.

b) Les signes de la démence

La personne présentant une défaillance psychologique de type démence a forcément des aliénations mentales, une altération des facultés corporelles ou mentales ou même des troubles psychiques ou neuropsychiques selon les normes du droit pénal.

Le psychothérapeute doit présenter les attitudes telles que :

- « - *Admettre le discours du dément comme un désir de communiquer ;*
- *considérer ses propos comme significatifs de ce qu'il est, de ce qu'il éprouve ;*
- *s'adapter au degré de détérioration : en s'accommodant des changements progressifs des modes de communication qui deviennent moins informatifs, qui laissent la place à l'échange émotionnel ;*
- *s'adapter aux capacités déclinantes d'anticipation : en renonçant progressivement à aider à affronter le futur, en adoptant un mode d'approche instantané limité au présent ;*
- *aider dans le dialogue à identifier les liaisons entre le présent et les fragments du passé qui sont évoqués ;*
- *aider, par la répétition des contacts, à établir une permanence externe par la constance dans le mode d'approche, par la constance dans le style de communication.* »¹⁰⁶³

¹⁰⁶² *Ibid.*, p. 266.

¹⁰⁶³ *Ibid.*, p. 268.

3) Existe-t-il une responsabilité administrative des hôpitaux pratiquant des soins psychodramatiques ?

Le « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹⁰⁶⁴ intégré dans la politique de santé publique n'a pas évoqué la responsabilité pénale des établissements de soins pratiquant l'art de Molière comme processus ou forme de soins.

Quel est donc le régime juridique applicable en cas de responsabilité pénale engageant l'institution de soins faisant du patient la victime des faits artistiques ?

À ce jour, il n'y a pas de cas constaté où un patient se soit déclaré d'avoir été victime d'une activité dramatique et artistique au sein de l'hôpital. Toutefois, prenons l'exemple des soins artistiques exercés par des infirmières non initiées au savoir-faire artistique, au sein d'un établissement psychiatrique ou ergothérapeutique. Il se pourrait qu'un jour un patient bénéficiant de soins artistiques, considère que les soins exercés n'ont pas permis d'éradiquer ou d'éviter la souffrance et/ou la survenance d'un préjudice. Ainsi le suicide d'un patient, souffrant d'un trouble psychiatrique et ayant participé aux ateliers dramatiques de l'institution, pousse à s'interroger sur l'existence d'une faute pénale susceptible d'engager la responsabilité de l'hôpital. Il faut tout d'abord comprendre que le passage à l'acte suicidaire est l'un des facteurs principaux incitant la prise en charge du patient dans les services de psychiatrie et/ou d'ergothérapie. Lorsque le patient présente des comportements suicidaires, il peut être placé en soins psychiatriques par sa volonté ou à la demande d'une autre personne ou à la demande d'un représentant de l'État. Dans certains cas, le législateur donne la possibilité aux soignants d'user de la force pour soigner le patient lorsque celui-ci présente un comportement qui peut entraîner la mort. C'est pourquoi, dans certains cas, le geste suicidaire peut être considéré comme attaché à la pathologie mentale.

Si la responsabilité de l'établissement est engagée, il est donc indispensable de chercher la situation juridique de la victime, mais aussi du professionnel exerçant. Tout d'abord, le patient en soin libre n'a pas la même situation juridique que le patient retenu contre son gré et pour lequel des mesures de contrainte sont utilisées afin de lui empêcher la mort. Ce dernier serait victime de voies de fait lorsqu'il est retenu au-delà du temps essentiel pour assurer sa prise en charge. Il n'est jamais possible pour l'équipe de procéder à des mesures contraignantes pour un patient en soin libre, sauf dans une situation d'urgence.

La prévention à l'acte suicidaire et à l'acte auto-agressif est l'une des priorités du psychiatre et de l'ergothérapeute professionnel. « *Il n'existe cependant pas sur cette question d'obligation de résultat à la charge du service public hospitalier. Si cela était le cas, le risque serait d'aboutir à un régime d'hospitalisation basé sur la présomption de dangerosité, sur l'interdit et la suspicion généralisée.* »¹⁰⁶⁵

Dans ce genre de situations, il y a des conséquences importantes tant sur les droits du patient que sur les obligations à la charge du service public.

Est-il possible d'utiliser les principes du droit en soins psychiatriques dans les ateliers psychodramatiques et ergothérapeutiques ? Si le comédien en charge de soins n'est pas un

¹⁰⁶⁴ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

¹⁰⁶⁵ Éric PECHILLON, « *La responsabilité administrative de l'établissement pratiquant du soin psychiatrique* », CAA Bordeaux, Consort A. C. Centre hospitalier de Brive, 9 avril 2013, n°12, p. 2.

professionnel de l'hôpital, c'est-à-dire un artiste de l'extérieur exerçant à l'hôpital, quelle est dans la règle de droit applicable ?

Dans chaque type de prise en charge, il faut absolument une réglementation et des obligations spécifiques. Il n'est pas possible que le professionnel artistique exerce à l'hôpital sans une protection juridique.

Que se passerait-il lorsque les dommages causés au patient souffrant de troubles psychiques en soin psychodramatique ou en soin ergothérapeutique engageaient la responsabilité de l'établissement de soins ? Même si la loi n'a pas évoqué la responsabilité des dommages causés lors des soins artistiques, il serait tout d'abord important d'étudier la position et l'obligation pesant sur l'institution au moment des faits. C'est pourquoi il est indispensable que le législateur essaie de partager la responsabilité de chacun dans les soins dramatiques de l'hôpital. Certes, la loi s'intéresse aux soins des établissements psychiatriques, mais elle reste silencieuse sur la pratique artistique au sein dudit établissement.

PARAGRAPHE 2 - LA THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE

Pourquoi le comédien ergothérapeute exerce-t-il une thérapie cognitive et comportementale dans ses ateliers d'expérimentations ? Quel est le lien entre ces deux notions ?

Dans chaque exercice, l'artiste travaille davantage sur l'apprentissage d'un processus comportemental. Ce choix est motivé par deux raisons. La première est que le comportement se manifeste très bien avec l'art dramatique et toute activité physique. La seconde est que l'exercice sur la réactivation des cognitions se fait de façon continue en psychothérapie.

Le modèle cognitif développé par le théâtre dramatique et adapté au patient souffrant de démence ou de retard mental ne concerne que la population des personnes atteintes de troubles et présentant des pathologies de schizophrénie. Cette approche consiste à favoriser le traitement du patient souffrant de troubles psychiatriques et à lui apprendre un modèle de vie et de comportement qu'il souhaiterait dans le but de mieux organiser, orienter et programmer de façon efficace les soins psychodramatiques dans l'espace et dans le temps. Lorsque le comédien engage une thérapie cognitive et comportementale, cela signifie que le patient est bloqué dans une attitude inadaptée et c'est donc à lui de prévoir des mesures suffisantes adaptées au changement comportemental. Le schizophrène est initié dans un ensemble de conduites tout en contrôlant les actions qu'il produit : affection, raisonnement, émotion, pensée et anticipation, mais aussi la manière dont il appréhende la vie réelle.

Comment l'approche cognitive et comportementale est-elle appréhendée dans une activité psychodramatique ?

Il s'agit donc de prévoir une activité tout en tenant compte du temps et de l'espace. Prenons par exemple le voyage comme thème de travail en séance ergothérapeutique et psychodramatique.

Monsieur W. part en voyage tout seul. Il passe acheter son billet, prépare ses valises, part à l'aéroport à l'heure, pèse et procède à l'enregistrement de ses bagages, suit la file d'embarquement, monte dans l'avion, s'installe, attache la ceinture, descend à destination, prend ses bagages, prend un taxi, arrive à l'hôtel, prend une douche, mange et s'allonge sur son lit pour se reposer.

Cette activité demande une gestion du temps, le respect de procédures, d'avoir de la patience, de contrôler son attitude, de respecter ses co-voyageurs et les normes aéroportuaires. Les autres participants jouent les autres personnages ou rôles pour l'accompagner tout au long de son voyage. Les séquences comportementales suivantes dévoilent le niveau de gestion du temps, de l'espace et de comportement du patient. En principe, le malade est contrôlé à chaque étape pour voir s'il respecte les règles, le temps ainsi que l'espace. Par exemple, pour prendre le taxi : regarder le taxi qui s'approche, lever la main pour faire signe au chauffeur, s'installer dans la voiture et attacher la ceinture, payer les frais de transport une fois arrivé à destination et faire descendre ses bagages. Si le patient répète la même scène tous les jours dans chaque séance et qu'il n'oublie pas des étapes, cela permettra de soigner petit à petit la gestion comportementale et ses fonctions cognitives.

A] LES DIFFÉRENTES THÉORIES DE L'APPRENTISSAGE

L'expérimentation menée pour Monsieur W. permet de comprendre l'évolution des comportements et comment ils sont produits. En réalité, l'étude expérimentale en général ou l'approche de thérapie cognitive et comportementale en particulier tient compte de tous les éléments et de tous les détails pour mieux analyser les microévolutions cognitives et comportementales. Elle analyse la situation, la réponse ou le détail de chaque comportement exprimé comme réponse à cette situation, et aussi les résultats agréables, désagréables, positifs ou négatifs issus des comportements de Monsieur W.

Pendant l'exercice, le comédien ergothérapeute en charge de l'atelier note dans le cahier de suivi du patient tous les changements que Monsieur W. présente régulièrement dans les ateliers. Rappelons que Monsieur W. souffre de troubles psychiques présentant des pathologies de la schizophrénie.

En revenant sur l'évolution de son exercice de séquence comportementale, Monsieur W. doit prendre le vol à 13 h 45 pour partir à l'étranger. Le comédien considère comme signes évolutifs si le patient respecte la règle. Par exemple : pour prendre le taxi, il fait signe au chauffeur en levant le bras, il regarde s'il a bien vu, il recule pour permettre au chauffeur de garer la voiture et il s'assure s'il a bien mis ses valises dans le taxi, s'il a respecté les consignes de sécurité comme attacher la ceinture et s'il n'a rien perdu en cours de route. Il y a aussi le respect des procédures depuis l'enregistrement jusqu'à l'embarquement.

La modification comportementale que le maître du jeu essaie de mettre en place ou l'apprentissage de nouvelles figures comportementales dont il s'inspire sont au nombre de trois différentes théories dont deux sont étudiées depuis le milieu du XX^e siècle, dès les années cinquante, par plusieurs laboratoires expérimentaux de manière clinique et thérapeutique.

1) Les différents conditionnements

Les sciences d'études psychologiques utilisent en principe deux processus d'apprentissage de comportements dans lesquels ne sont pas prises en compte les variables précédant la réponse, mais plutôt tous les produits qui suivent cette réponse. Ce savoir-faire

est expérimenté en premier par Thorndike en 1911 en effectuant un apprentissage animal¹⁰⁶⁶ et à partir de ses résultats, il formule la loi de l'effet en disant que tous les comportements sont appris selon les effets environnementaux. Un peu plus tard, en 1936, Skinner retravaillera sur ces deux méthodes¹⁰⁶⁷. Il s'agit donc de conditionnements opérants divisés en deux grandes parties : le conditionnement classique et le conditionnement opérant.

Au-delà de ces deux méthodes, une troisième est appelée apprentissage par modèle¹⁰⁶⁸ qui développe l'auto-efficacité par Bandura de l'Université de Stanford (1976).

Il serait indispensable dans cette partie d'étudier le conditionnement classique et celui d'opérant dans la partie (a) et la méthode d'apprentissage par modèle, en (b).

a) Le classique et l'opérant

L'expérience est menée en Russie par Ivan Sechenov, connu comme étant « le père de la psychologie russe. » Le conditionnement classique appelé aussi conditionnement répondant¹⁰⁶⁹ a été développé par la suite par Ivan Petrovitch Pavlov en 1929-1930 de manière expérimentale avec des chiens. Ce comportement est issu d'une association de stimuli, c'est-à-dire de facteurs environnementaux susceptibles de stimuler le système du cerveau, mais aussi l'organisme corporel. Il expliquait que les comportements complexes sont susceptibles d'être réduits à une série des comportements conditionnés. « *Trente ans plus tard, Wolpe, en Afrique du Sud, publie en 1958 Psychotherapy by reciprocal inhibition sur le déconditionnement systématique des troubles anxieux en se basant sur les théories du conditionnement classique. Isaac Mark (1967) développe la technique d'exposition prolongée aux stimuli anxiogènes.* »¹⁰⁷⁰

La méthode de conditionnement classique peut être expliquée par la formule suivante :

- Dans premier temps, il y a le stimulus neutre et la réponse neutre : SN + SI = RI (SN : stimulus neutre + SI : stimulus inconditionnel = RI : réponse inconditionnelle).

Autrement dit, dans l'expérience, il y a un stimulus neutre (SN) qui ne provoque aucun effet ou qui déclenche une réponse neutre (RN) et est associée à un stimulus inconditionnel (SI) qui en général, survient par hasard et sans aucun apprentissage, susceptible de déclencher une réponse inconditionnelle (RI). Cette formule explique clairement que le patient examiné manifeste automatiquement une forme d'émotion sans le vouloir bien sûr, par exemple le fait de pleurer après avoir reçu une gifle ou par exemple avoir le réflexe de saliver devant un plat du repas au moment où la faim se fait sentir.

- Dans un second temps, il y a le stimulus conditionnel et la réponse conditionnelle. Ici, la formule se représente de la manière suivante : SC = RC (SC : stimulus conditionnel, RC : réponse conditionnelle).

La formule s'explique ainsi : le stimulus conditionnel (SC) qui était à la base le stimulus neutre (SN) provoque les mêmes effets que celui inconditionnel. Il s'agit donc de réponse conditionnelle (RC) pour désigner la réponse associée à un stimulus conditionnel.

¹⁰⁶⁶ Marie-José MANIDI, « *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* », op. cit., p. 77.

¹⁰⁶⁷ Burrhus Frederic SKINNER (1936, 1972, trad.), « *Par delà la liberté et la dignité* », éd., Laffont, 1971, Paris.

¹⁰⁶⁸ Marie-José MANIDI, « *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* », op. cit., p. 78.

¹⁰⁶⁹ Ivan Petrovitch PAVLOV « *Conditioned reflexes* », (trad. G. V. Anrep), Oxford: University Press, 1929, Londres.

¹⁰⁷⁰ *Ibid.*

La méthode de conditionnement opérant est à l'opposé du conditionnement classique initié par Ivan Petrovitch Pavlov. Le conditionnement opérant n'est pas lié à des réponses réflexes de base, mais plutôt à de multiples influences de l'environnement qui déclenchent soit positivement soit négativement le conditionnement.

Ces deux méthodes de conditionnement permettent de comprendre comment l'homme affronte les différents mouvements environnementaux pour pouvoir agir et analyser l'évolution de ses comportements.

b) La méthode d'apprentissage par modèle

L'apprentissage par modèle appelé aussi apprentissage social, apprentissage vicariant ou imitation de modèle. Il consiste à apprendre en marge du discours ou du geste du maître du jeu en le regardant faire, en l'écoutant ou en analysant ses actions. Le comédien ergothérapeute se met en action et le patient, par l'intermédiaire de l'observation, imite les faits et les gestes du directeur du jeu.

Ce mode d'apprentissage est très fréquent dans la vie réelle de tout le monde, car il englobe toutes catégories d'âges et toutes professions. C'est le cas pour les jeunes d'aujourd'hui qui cherchent à imiter des stars, des artistes, des comédiens, des acteurs ou bien même des mannequins, des images et autres.

Cette méthode intéresse aussi les comportementalistes, les environnementalistes, mais aussi les cognitivistes et les criminologues. Elle touche aussi les historiens américains qui l'appelaient auparavant l'étude de l'américanisation du monde occidental.

C'est la plus grande théorie qui tient compte de l'environnement à chaque imitation et évolution de comportement, mais aussi des effets sociaux de la personne. Dans certains cas, elle est considérée comme une régulatrice de comportements.

2) Le comportement inadapté

La science théâtrale dramatique considère comme comportement inadapté tout critère de rupture identifié entre le patient et son milieu de vie et/ou son environnement. En général, il y a une inadéquation entre le comportement résultant du patient examiné et les contraintes sociales, culturelles et physiques liées à la production et à la contextualisation du comportement.

a) Les différents types de ruptures

Dans l'expérimentation du Monsieur W., le comédien retient toute forme de rupture empêchant l'évolution des comportements ainsi que le contexte psychophysique. Le patient souffrant de troubles mentaux et présentant des pathologies de la schizophrénie, son état de santé peut être identifié comme une rupture du fait de son incapacité psychique. Il n'est pas en mesure de gérer et d'assurer une continuité spatiotemporelle qui lui impose certains comportements afin de bien gérer et organiser non seulement ses séquences temporelles, mais aussi de bien assurer de façon ordonnée la succession de ces séquences.

Il y a encore la rupture liée au contexte social et relationnel démarquant le patient de sa classe sociale, de son niveau intellectuel, de ses besoins sociaux et affectifs qui provoquent un comportement inadapté ou bien même qui ne produisent aucun comportement – sans effets. Il serait jugé de façon abusive avec des interprétations négatives non seulement par ses proches, son entourage, mais aussi par la société en général : il est violent, c'est un attardé, il est agressif et autres. C'est pourquoi le patient ressentirait un sentiment d'isolement, une rupture relationnelle et un sentiment de rejet vis-à-vis de ses proches qui sont censés le protéger. *« La rupture avec le contexte culturel se réfère à l'image que la personne se donne à elle-même et donne aux autres, qui rend son rôle peu identifiable ou problématique par l'entourage. Le contexte culturel conditionne une grande variété de rôles depuis notre rôle sexuel (féminin ou masculin) jusqu'aux rôles qui permettent d'identifier la personne dans sa spiritualité et ses valeurs les plus profondes. Les comportements inadaptés sont le résultat de cercles vicieux (cf. problématique) »*¹⁰⁷¹

b) Nécessité de conscience au contrôle de comportements

Pour que le comportement soit adapté, il faut qu'il soit associé très étroitement à la conscience humaine. Parfois, des stimuli arrivent à changer de valeur suite à l'association avec des éléments affectifs, sans que l'individu soit en mesure d'identifier les associations réalisées. Par exemple les matchs de foot ou les campagnes publicitaires qui influencent les comportements ou les attitudes humaines, sans se rendre compte de l'événement et en l'absence totale de conscience sur l'origine de l'événement facteur du changement d'attitude.

Ce genre d'informations incite des polémiques quant aux manipulations que cela implique par le biais de messages subconscients dont l'être humain serait involontairement affecté et inconsciemment victime en tant que consommateur ou téléspectateur. C'est pourquoi Thierry Kosinski développait dans sa thèse l'idée que : *« Des études plus récentes suggèrent, au contraire, que les éléments capables d'influencer nos préférences ne seraient finalement pas ceux que nous ne pouvons pas identifier consciemment (ces formes de manipulations tant redoutées), mais plutôt, les éléments qui nous sont présentés et auxquels nous avons accès consciemment. »*¹⁰⁷²

B] LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Après avoir étudié les comportements de Monsieur W. durant son voyage, il est maintenant indispensable de voir comment le comédien ergothérapeute va intervenir auprès du patient présentant des pathologies de schizophrénie et des comportements inadaptés au sens de la psychiatrie.

En principe, l'artiste intervient dans deux domaines importants : il participe aux processus de soins aigus et de soins de réhabilitation.

Le savoir-faire artistique et théâtral pratiqué au sein des établissements de santé se concentre essentiellement dans le cadre de soins de longue durée, de réinsertion, de

¹⁰⁷¹ Ibid., p. 79.

¹⁰⁷² Thierry KOSINSKI, « Conditionnement évolutif : apports méthodologiques et réflexion cliniques », psychologie, Université Charles de Gaulle – Lille III, 2014, p. 24.

réadaptation et de réhabilitation psychosociale. Ces concepts se situent aux interfaces des domaines sociaux, médicosociaux, mais aussi sanitaires. L'artiste souhaite insuffler un dynamisme porteur d'espoirs pour faire face aux handicaps d'origine psychique, mais aussi pour assurer un développement conséquent dans le domaine médical, social, et dans le champ médicosocial afin d'aider et d'encourager la participation sociale et la citoyenneté des personnes.

Le domaine d'intervention de réhabilitation recouvre aujourd'hui une série d'activités telles que les soins, l'accompagnement des personnes vulnérables dans le but de les inciter à reprendre leur autonomie et à pouvoir agir dans leur vie quotidienne et à renforcer leur relation avec leur environnement.

Certains professionnels du domaine artistique se posent la question de la limite de leur intervention. Si leur rôle est au centre de la personne malade et de toute activité lui permettant de reprendre sa vie et de surmonter l'ensemble des troubles psychiques sans en être forcément guérie, tout cela leur impose donc une intervention à la fois dans les soins, dans la remédiation cognitive, dans l'accompagnement, mais aussi dans la stratégie globale de compensation.

1) Le contexte d'intervention du comédien ergothérapeute

Les termes de réhabilitation, de réadaptation, de réinsertion, d'insertion ainsi que de réintégration s'installent progressivement dans la pratique artistique en soins psychiatriques pour répondre aux besoins et aux exigences des personnes atteintes de troubles psychiques.

Les spécialistes intervenant dans ce domaine assimilent la réhabilitation psychosociale et la réadaptation parce qu'ils constatent qu'il n'y a pas de raisons de se quereller sur des mots alors qu'en fin du compte, ils ont les mêmes processus de soins et ils envisagent les mêmes finalités. Certes, il y a l'articulation du champ de soins et du niveau social centré sur les particularités de la maladie mentale et qui prend en compte l'environnement économique-social, mais aussi familial et le contexte médicosocial qui impacte encore plus la science dramatique et psychiatrique.

Il faut encore repenser la notion du handicap que l'art dramatique associe à des critères qui vont au-delà des critères médicaux. Elle n'est plus liée à l'incapacité du patient, mais plutôt aux différents obstacles imposés par la société. Le handicap et la réadaptation sont deux termes utilisés dans la médecine physique dont ils ont ensuite importé les processus de soins en psychiatrie et en ergothérapie, comme il est bien indiqué dans les soins du centre de réadaptation sociale de Villejuif et celui de Ville-Évrard. Toutefois, ce concept reste encore problématique parce que, dans la pratique, beaucoup de professionnels ne sont pas du domaine et ils l'exercent sans formation. C'est pourquoi la pratique reste encore en situation critique du côté sanitaire et social sur la question de la prise en charge thérapeutique.

Il est donc question de savoir ce que les soins lourds et la réhabilitation psychosociale peuvent apporter de plus dans les lieux hospitaliers en résolvant cette problématique.

a) En soins lourds

Il est simple de constater que les soins de longue durée, en milieu hospitalier tout comme en institution thérapeutique à base de soins intermédiaires comme dans le cas de l'hôpital de jour ou d'Unité d'action temporaire, sont exercés par les équipes médicosociales en charge de soins thérapeutiques. Leurs missions principales ont pour objectif la diminution de la souffrance du malade soit par atténuation soit par compensation évolutive des troubles psychiques. En revanche, pour que les soins psychiatriques utilisent les différentes théories cognitives et comportementales, il faut que le comédien s'assure que le patient soit bien présent et ses capacités de collaboration soient prises en compte.

Par exemple : dans l'appartement jugé insalubre et non aéré du patient schizophrène, un enfant asthmatique de moins de trois ans vit avec lui. Ici, il est question tout d'abord de prendre en compte la situation familiale du patient dans l'ensemble de ses soins. Mais ce cas-là dépasse l'équipe médicale soignante et pourtant elle est confrontée aux difficultés sociales du soigné qui sont susceptibles de porter préjudice à la santé et à la vie du patient lui-même, mais aussi à celles de l'enfant. La plupart des médecins disent qu'ils sont confrontés aux limites de leurs interventions, de leurs possibilités et qu'ils sont dans l'obligation de faire appel à d'autres professionnels comme ceux qui exercent dans le social et qui ont, à leur niveau, d'autres moyens et possibilités d'aider le malade, soit à diminuer ses difficultés, soit à résoudre le problème de façon définitive. L'équipe médicale peut aussi rallonger le fil d'appel en contactant d'autres spécialistes de médecine sociale comme les éducateurs pour la santé à proximité de la population.

b) En réhabilitation en milieu hospitalier

Du côté des soins de réhabilitation en milieu hospitalier, la personne est considérée de façon globale, sa vie, son milieu géographique et social, mais aussi le niveau de ses troubles psychologiques qui sont classés comme chroniques. Dans la plupart des cas, ce sont des patients atteints de troubles de schizophrénie. Dans ce cas, le traitement artistique et thérapeutique envisageable par le comédien en charge a pour but d'aider et d'entraîner le malade à acquérir des dynamismes neurocognitifs et psychosociaux d'une part, et, d'autre part, à reprendre les activités de sa vie quotidienne.

L'intervention du comédien peut être définie comme l'ensemble des actions mises en place pour assister les personnes souffrant de troubles psychiques dans un parcours de soins visant à faciliter et à encourager leur autonomie et leur indépendance dans la société.

2) Les axes d'intervention

Le professionnel opte pour une posture de retrait pour mieux observer et identifier les gestes et les comportements inadaptés du patient, mais aussi pour évaluer son niveau de collaboration indispensable. Il ne peut pas se limiter à ce seul niveau d'intervention parce que ses analyses et ses axes d'intervention sont multiples et repérés ou identifiés en quatre

éléments principaux. C'est ainsi qu'il est essentiel de voir les points 1 et 2 sur le niveau 1 et les points 3 et 4 sur le niveau 2.

Avant d'étudier ces deux niveaux, il est nécessaire de parler du progrès réalisé par l'Association mondiale de réhabilitation psychosociale qui a édicté en 1996, avec la collaboration de l'Organisation Mondiale de la Santé, les principaux objectifs et les grands axes de la réhabilitation. Elles placent comme principaux axes d'intervention les points suivants :

- la réduction des symptômes de la maladie psychique ;
- la diminution des effets secondaires du traitement médicamenteux ;
- le développement de certaines compétences et dynamismes sociaux ;
- l'éradication totale de la discrimination véhiculée envers les malades mentaux ;
- le renforcement du niveau d'accompagnement des familles et des proches.

D'autres domaines d'intervention sont possibles selon ces deux institutions, et elles mettent au premier plan les domaines qui touchent le patient lui-même, en citant des actions de soins psychiatriques traditionnelles retenues comme des compléments ou en tant que valeurs ajoutées aux soins de base dans le secteur psychiatrique. Il est donc question de porter un véritable diagnostic de réhabilitation sur les bases suivantes :

- faire une évaluation fonctionnelle personnalisée sur les capacités d'autonomie soit sociales soit personnelles du patient ou sur ses ressources personnelles disponibles ;
- aider et/ou soutenir le développement ou la recherche des situations vulnérables de l'entourage et /ou de la famille ;
- fixer les objectifs à atteindre qu'ils soient sociaux, professionnels, éducationnels ou résidentiels ;
- programmer et faire le point sur la politique d'intervention.

L'ensemble de ces points touche évidemment la personne présentant les troubles et les symptômes de la schizophrénie puisqu'il parle de l'étude des comportements et des troubles cognitifs, ainsi que des techniques et des pratiques à mettre en place pour assurer la remédiation cognitive.

Ces institutions parlent aussi d'un second ensemble de mouvements de réhabilitation psychosociale qui évoque la société dans sa globalité, mais surtout les conditions d'organisation, d'attitudes et de comportements à l'égard de la personne souffrant de troubles mentaux. Mettre ces éléments en pratique en atelier dramatique améliore et réhabilite, petit à petit, la psyché du patient qui récupère ses fonctions psychophysiques grâce aux différentes interventions du comédien ergothérapeute.

a) Niveau 1 (points 1et 2)

Cette partie étudiera les deux premiers points qui ont une structure d'évolution thérapeutique identique, mais le contenu de chacun est différent. Les deux axes principaux du processus artistique et thérapeutique sont les suivants :

Le comédien est obligé d'observer et d'identifier chaque détail des comportements inadaptés avec la participation du patient qui est indispensable : intensité, topographie, durée et fréquence des attitudes ou des comportements inadaptés. Lorsqu'il s'agit des soins aigus, l'observation constitue quelquefois l'essentiel de l'intervention du comédien ergothérapeute, surtout quand il ne reste que deux semaines d'intervention et que le malade décide de se retirer et de ne suivre aucun traitement en dehors de l'hôpital. Dans ce sens, l'observation est directement orientée avant le début de l'intervention vers l'amélioration des compétences sociales ainsi que vers celles de la vie quotidienne de la personne schizophrène.

Il est tenu d'analyser et de comprendre chaque problème qui parfois se divise en plusieurs parties. Le comédien ergothérapeute, avec l'aide du patient lui-même, analyse tout d'abord, l'interaction entre le contexte des troubles psychiques ou de la situation que vivent le patient et son organisation interne. Autrement dit, il analyse ce que le schizophrène perçoit de la situation et évalue son interprétation ainsi que ses anticipations. Ensuite, il cherche à repérer les comportements inadaptés ou toutes activités inadéquates et leurs conséquences produites sur le patient. Si par exemple le comportement inadapté est installé dans la vie du patient depuis un moment, les conséquences se développent progressivement et il se trouve dans une situation de production des mouvements et de comportements inadaptés.

b) Niveau 2 (points 3, 4 et 5 complémentaire)

Cette partie aborde deux points principaux, complétés par un troisième complémentaire. Il est question

- D'identifier en permanence avec l'équipe soignante et en collaboration avec le patient, les compétences essentielles à ce dernier, mais aussi au contexte, dans le but d'envisager un changement progressif des comportements inadaptés. C'est pourquoi il faut toujours chercher préalablement à connaître les ressources du malade et son contexte avant d'entrer dans la pratique. Sur ce point, il y a une petite différence entre les soins aigus et les soins artistiques et ergothérapeutiques parce qu'ici, le malade est bien en situation protégée. En revanche, il peut se trouver dans une autre situation dans laquelle ses ressources sont quasiment ou temporairement inexistantes. Quand il s'agit de soins de réhabilitation, ses ressources dépendent absolument du contexte, en effet l'ergothérapeute travaille en étroite collaboration avec le système et le réseau constitué par les proches et les familles ainsi que les professionnels.

- D'intervenir en situation thérapeutique sous forme de processus d'apprentissage en utilisant les techniques d'intervention parfois variées et souvent organisées de façon systématique, ce qui facilite bien sûr l'intervention.

- Dans ce dernier point complémentaire, le comédien évalue les objectifs thérapeutiques atteints en collaboration avec le malade. Dans le cas contraire, il doit mettre en place un changement de contexte dans sa vie quotidienne. Le patient arrivant en fin de traitement en soins aigus considère ça comme une rupture de vie. C'est pourquoi le comédien planifie un plan de réinsertion du patient de façon efficace, non seulement dans son milieu social, mais aussi professionnel et familial. Les comédiens ergothérapeutes sont appelés à être toujours présents et à être associés à chaque sortie du patient de l'hôpital psychiatrique. Du côté des

soins de réhabilitation, des actions stratégiques d'insertion et de réinsertion dans les milieux sociaux et professionnels sont engagées en ateliers ou en structures associatives.

SECTION II - LES APPROCHES THÉORIQUES ET LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Dans la deuxième partie de ce chapitre, le patient souffrant de schizophrénie sera au centre du programme IPT de Hans D. Brenner intégré dans le processus du traitement psychologique de la schizophrénie. Il est divisé en deux grands axes contenant chacun trois petits modules :

- le premier est consacré à la méthode de la remédiation cognitive et à l'entraînement des compétences sociales ainsi qu'à la communication verbale ;
- le second est centré sur les différents axes basés sur l'entraînement des compétences sociales ;
- le troisième est plus précisément consacré à la gestion des émotions d'une part, et, d'autre part, à la méthode de résolution des problèmes interpersonnels signalés avant la mise en œuvre de l'exercice.

Ce programme est apparu plus efficace sur le traitement des neurocognitifs, et aussi sur les méthodes d'activation du fonctionnement social et psychopathologique, au détriment de traitements usuels ou d'autres traitements qui ne font pas appel à l'usage des méthodes d'entraînement des compétences sociales et de remédiation cognitive.

Pour développer davantage cette section II étudiant les approches théoriques et les modalités de prise en charge du malade, il paraît indispensable de voir aussi les recherches sur le Programme du Traitement d'Intégration Psychologique du patient en ergothérapie (*Integrated Psychological Treatment*), en paragraphe 1 et en paragraphe 2, sur la prise en charge du patient.

PARAGRAPHE 1 - LE PROGRAMME DU TRAITEMENT D'INTÉGRATION PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE (*INTEGRATED PSYCHOLOGICAL TREATMENT*)

Le concept de ce programme remonte à la fin des années soixante-dix dans les différentes expérimentations des personnes présentant les pathologies de la schizophrénie. L'IPT a bénéficié des hypothèses très répandues de la médecine expérimentale, mais auparavant, il était probablement novateur. Il étudiait les patients schizophrènes souffrant de troubles de fonctionnement cognitifs touchant tant les niveaux simples que les niveaux complexes de la gestion d'informations.

La plupart des analyses précisent que ces dysfonctionnements expliquent la présence de troubles de base neurocognitifs produisant toutes formes d'anomalies anatomiques, mais aussi fonctionnelles du système nerveux ou de son central – le cerveau. L'ensemble de ces dysfonctionnements provoque des séries de troubles de la pensée de l'individu, mais s'observe aussi à l'échelle de ses comportements. C'est ainsi que H.-D. Brenner, initiateur de cette démarche, propose de prendre en compte les troubles du schizophrène dans leur ensemble avec, tout au long de ses soins, des méthodes d'intervention psychologique

intégrées pour aider les traitements médicamenteux visant la récupération rapide de ses fonctions cognitives, mais aussi pour améliorer ses compétences sociales et communicationnelles. L'IPT intervient soit en groupe, soit en individuel, en offrant une thérapie d'intégration via des méthodes d'intervention recommandées dans cette maladie.

A] LE RÔLE DU PROGRAMME ITP (*INTEGRATED PSYCHOLOGICAL TREATMENT*) DANS L'ENTRAÎNEMENT DES FONCTIONS COGNITIVES ET DES COMPÉTENCES SOCIALES EN ERGOTHÉRAPIE

Avant de parler du rôle du programme IPT, il faut définir tout d'abord son champ d'intervention. Son travail se centre en principe dans la remédiation cognitive. Toutefois, il existe plusieurs types de remédiations cognitives, telles que les techniques de remédiation cognitive à base de système d'entraînement des fonctions neurocognitives, mais aussi les techniques de remédiation cognitive qui ont pour objectif l'amélioration et le développement des habiletés sociales. Toutefois, cette recherche s'intéresse aux premières méthodes, mais elle parlera aussi de quelques avancées sur les deuxièmes méthodes.

Ce programme expérimente ses recherches en utilisant la définition suivante : la remédiation cognitive est l'ensemble des techniques favorisant une activité d'apprentissage à l'égard du patient qui apprend à être très attentif, capable de résoudre ses problèmes, de traiter très rapidement les données et les informations qu'il a recueillies et de se les remémorer en cas de nécessité. Les artistes précisent que ce genre d'exercice traite les déficits cognitifs tels que l'attention et la mémoire. Ils jouent un rôle sur la rééducation des fonctions cognitives de neuroplasticité dans le but de réentraîner la partie du système nerveux dont les fonctions sont déficitaires, mais aussi sur des déficits sociaux. C'est pourquoi les ateliers théâtraux prennent toujours une forme particulière comme la réhabilitation psychosociale.

Le programme travaille aussi sur d'autres cibles de remédiation cognitive, comme la flexibilité, le processus d'organisation et de planification, la capacité d'inhibition, la mémoire de travail, le contrôle de moteur, la mémoire verbale, la mémoire spatiale, etc., et il intervient sur les fonctions exécutives.

La maladie de la schizophrénie connaît d'autres programmes avancés comme RECOS¹⁰⁷³ de Nicolas Franck, professeur des universités et praticien hospitalier, responsable du Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive du centre référent lyonnais en réhabilitation et en remédiation cognitive. L'idée de ce professeur est d'assurer une remédiation cognitive individualisée fondée sur des techniques cognitives adaptées spécifiquement au patient. Ses exercices se pratiquent avec du papier et des crayons ou avec l'ordinateur, selon cinq modules :

- attention visuospatiale ;
- attention sélective ;
- mémoire de travail ;
- mémoire verbale ;
- raisonnement.

¹⁰⁷³ Victor ROLLAND « Réinsertion sociale et schizophrénie : Utilisation d'un programme de remédiation cognitive par l'ergothérapeute », *op. cit.*, p.15. RECOS signifie « Remédiation cognitive pour la schizophrénie ou trouble associé. »

Il y a aussi le Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales (PRACS)¹⁰⁷⁴, développé pour garantir la vie du patient dans sa globalité grâce à des exercices d'entraînement psychoéducatif réalisés comme une alternative sociale. Ce dispositif est fondé sur deux types d'approches : d'une part, la remédiation cognitive et, d'autre part, la psychoéducation. Il a comme objectif principal de rechercher les problèmes et de trouver des solutions concrètes pour la vie quotidienne du patient, ainsi que de l'aider à réaliser ses projets personnels. Les ateliers de ce PRACS¹⁰⁷⁵ s'intéressent à quatre domaines d'intervention pour développer les compétences sociales du patient :

- développer ses capacités de communications et de loisirs ;
- savoir gérer son argent ;
- savoir gérer son temps ;
- améliorer sa présentation.

Par exemple : dans un exercice de jeu de rôle, le patient souffrant de troubles de schizophrénie apprend comment gérer son planning, son agenda, comment résoudre ses problèmes. À travers le jeu, le patient développe petit à petit ses compétences pour améliorer les habiletés sociales dans une activité ludique. En effet le jeu de 6 et 9¹⁰⁷⁶ permet au patient de se situer et de canaliser ses problèmes ainsi que d'analyser la situation, de comparer ce qu'il voit et ce que l'autre personnage voit, afin de se décider et de donner un sens à ce qu'il voit. C'est un jeu qui vise à semer le doute dans le regard et dans l'esprit du participant, mais cela va l'aider à réorganiser son schéma de pensée et son champ de regard. À partir de ce scénario, la personne schizophrène participant à l'atelier doit se pencher sur la situation et essayer d'analyser des hypothèses tout en proposant d'autres interprétations. *« Les patients doivent parfois essayer de comprendre ou de ressentir ce que sont les besoins d'autrui. Ce jeu permet donc de développer la capacité à comprendre les états mentaux d'autrui (intention, émotion...). Cette capacité est appelée théorie de l'esprit. Selon Franck (2011), cette capacité est très souvent altérée dans la schizophrénie. Elle jouerait, cependant, une place centrale dans les interactions sociales.*

Enfin, on peut citer les programmes mixtes. Il s'agit des programmes incluant une remédiation cognitive des processus neurocognitifs, un entraînement des compétences sociales et des techniques de résolution de problèmes. Ils ont été développés pour des personnes souffrant de schizophrénie. Comme nous l'avons expliqué précédemment, les déficits cognitifs de base sont liés aux compétences sociales. Dans cette optique intégrative des déficits cognitifs et des dysfonctionnements sociaux, le programme IPT (Integrated Psychological Treatment) a vu le jour. Celui-ci a été développé par l'équipe de Brenner en 1992. Ce programme est d'inspiration cognitivo-comportementale, il se base sur un concept simple : les déficits comportementaux observés dans la schizophrénie sont présents à différents niveaux et les déficits à un niveau interfèrent avec le niveau immédiatement supérieur. Le programme comprend plusieurs modules que nous présenterons dans la suite de ce mémoire. »¹⁰⁷⁷

¹⁰⁷⁴ Ibid., p.16

¹⁰⁷⁵ Ibid.

¹⁰⁷⁶ Annexe numéro 8 : jeu de 6 et 9

¹⁰⁷⁷ Victor ROLLAND, « Réinsertion sociale et schizophrénie : Utilisation d'un programme de remédiation cognitive par l'ergothérapeute », op. cit., p. 17.

1) L'utilisation du programme ITP ou IPT dans le parcours de soins en ergothérapie

Cette partie est consacrée aux analyses de la démarche de soins en ergothérapie et aux études sur cette démarche et enfin à la recherche d'un rapprochement entre ces deux méthodes. Ce programme met en place une démarche de soins en ergothérapie fondée sur le recueil et la gestion d'informations formant le dossier médical du patient, selon l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) mise en place en mai 2001. Pour bien comprendre l'utilisation de ce Programme, il est donc important de voir la phase de tri d'informations du dossier médical du patient (a), qui sera bien développé dans le paragraphe 2 de cette même section II, et les différentes démarches de soins en ergothérapie (b).

a) Phase de tri d'informations du dossier médical du patient

Selon l'ANAES, le recueil des informations permet d'identifier et de définir le problème du patient, mais aussi de valider et de hiérarchiser le modèle d'intervention.

Le recueil permet aussi d'évaluer les comportements, les attitudes et les capacités d'intervention du patient. C'est pourquoi le comédien thérapeute commence toujours par la prise de renseignements, soit auprès du patient lui-même soit auprès de ses proches ou à partir des données écrites ou orales. C'est à partir de l'ensemble de ces données qu'il va effectuer le bilan personnalisé en fonction des problèmes rencontrés. Il est encore possible d'extérioriser les besoins du patient et d'objectiver ses attentes.

La partie réservée aux informations elles-mêmes ou aux données du patient recueillies par le comédien ergothérapeute participant au dossier médical du malade fera l'objet de la deuxième partie du paragraphe suivant.

Sans s'attarder donc sur cette partie, les directions de cette recherche s'intéresseront à exploiter d'abord la partie consacrée aux différentes démarches de soins en ergothérapie dans le titre suivant.

b) Les différentes démarches de soins en ergothérapie

Le comédien en charge de soins artistiques, avec la collaboration de l'équipe médicale ainsi qu'avec celle du patient schizophrène, choisit collectivement l'approche thérapeutique de soins à mettre en place. Le plus important à retenir ici est qu'il est impératif de faire participer le patient lorsque celui-ci est en mesure de contribuer par ses efforts, surtout lorsque ses capacités de discernement le permettent.

Il y a ensuite la formulation par le comédien des objectifs, après avoir identifié le ou les problèmes dont souffre le malade, ainsi que sa motivation et ses ressources. Mais avant de commencer le scénario, les objectifs sont classés par priorités, selon le niveau de rééducation et/ou de réadaptation. L'axe principal est l'autonomie maximale du souffrant dans sa vie quotidienne et surtout l'amélioration du niveau de mieux-être dans le cadre relationnel. Une fois les objectifs identifiés, ils doivent être discutés et réorganisés par l'équipe, le comédien, le patient et ses proches.

Ensuite, il y a l'étape de la planification du traitement et la réalisation des soins envisagés. Elle est la phase de la mise en œuvre de tous les moyens possibles en vue de réaliser le plan d'action du traitement thérapeutique envisagé. Chaque activité choisie doit en principe être significative pour le schizophrène. Ces activités sont considérées à la fois comme un support de récupération de ses habitudes et comme celui de médiation dans la relation. Elles sont parfois réalisées de manière personnalisée ou effectuées en groupe.

L'avant-dernière démarche est celle de l'évaluation à la fin du traitement. Elle consiste à évaluer les résultats obtenus tout en prenant en compte les facteurs environnementaux avant de prévoir la fin du traitement. Le comédien entre en contact avec l'équipe soignante, l'équipe de la réadaptation et avec la famille du patient afin de conclure les résultats obtenus.

La dernière démarche à faire est le suivi du patient. Cette étape est insuffisamment développée sur le territoire français. Elle est généralement pratiquée en dehors de l'hôpital sous la qualité de soins externes, comme le suivi libéral ou le centre spécialisé.

En revanche, après avoir parlé de toutes les démarches possibles en soins psychosociaux, les équipes artistiques exerçant en ergothérapie ajoutent dans leurs démarches de soins certains points programmés par l'IPT en plusieurs temps

- Elles commencent par le premier point qui est l'analyse du ou des problèmes. Cette phase permet d'analyser la situation problématique, de situer les conditions du patient dans le temps et dans l'espace, de faire le point sur les comportements inadaptés et les comportements non problématiques, d'évaluer ou d'analyser la motivation et enfin d'observer les relations sociales présentes.

- Le deuxième point est l'analyse des éventuelles conditions socioculturelles de la personne soignée. La base de cette partie est de chercher à comprendre les problèmes actuels qui gênent l'épanouissement du patient. L'analyse s'effectue sur son histoire personnelle d'un côté, et, de l'autre, sur toutes les modifications récentes qui ont bouleversé sa santé.

- Le troisième point consiste dans le diagnostic : « *Qui cherche à objectiver à travers l'emploi d'instruments appropriés, les variables de performance importantes ainsi que les domaines du comportement social, qui pourraient fournir des indications clefs en vue d'une sélection des méthodes psychothérapeutiques les mieux adaptées afin de favoriser et de contrôler un processus optimal de changement.* »¹⁰⁷⁸

- Le comédien ergothérapeute cherche sur le quatrième point l'histoire médicamenteuse du patient et son parcours thérapeutique.

- Le dernier point est consacré à la mise en place des objectifs à atteindre tout au long des exercices et à la planification ou au déroulement de la thérapie. « *Le plan de thérapie est retravaillé et ajusté tout au long de la prise en charge. L'élaboration d'un tel plan s'effectue en deux temps : dans le premier temps, on propose et justifie des méthodes thérapeutiques pour chaque domaine problématique. Comme on ne peut pas intervenir sur l'ensemble des domaines, il va falloir focaliser sa prise en charge sur les points essentiels que veut changer le patient. La prise en charge dépend uniquement de la motivation du patient pour sa thérapie. Le second temps permet d'élaborer un plan de prise en charge par rapport au temps et au contenu. Les objectifs à court et à long terme y seront différenciés. Les moyens mis en*

¹⁰⁷⁸ Ibid., p. 23.

*œuvre dépendent du problème rencontré, des degrés de sa complexité. Les objectifs vont du plus simple au plus compliqué. »*¹⁰⁷⁹

Victor Rolland a fait une étude comparative entre la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie et l'apport ou l'intérêt apporté par le programme IPT. Il explique qu'« *en effet, le programme envisage la schizophrénie comme un problème global. Ainsi, la pathologie n'est pas vue comme une "maladie", mais plutôt comme un dysfonctionnement biopsychosocial ayant des répercussions sur le fonctionnement micro et macro social. Ce modèle biopsychosocial est un modèle très répandu par les professionnels travaillant en psychiatrie. Les ergothérapeutes se doivent d'avoir une vision globale de la pathologie et des répercussions pour que la prise en charge soit la plus complète possible. Ainsi, le modèle de la schizophrénie utilisé dans le programme IPT est très adapté au modèle utilisé en ergothérapie. »*¹⁰⁸⁰

2) Les modules de remédiations cognitives et d'entraînements de compétences sociales

Les patients présentant une schizophrénie ou d'autres troubles associés sont suivis soit individuellement soit en groupe au rythme de séances d'une heure chacune, toutes les deux semaines. Ces différents ateliers sont précédés d'une évaluation neuropsychologique permettant de déterminer les parties de fonctions cognitives défaillantes qui feront par la suite l'objet des ateliers et qui seront aidées et entraînées par des exercices soit à l'aide de papier-crayon soit de façon informatisée.

Le module des méthodes de remédiations cognitives sera examiné en (a) et les modules basés sur des méthodes d'entraînements de compétences sociales en (b). Il est indispensable d'expliquer à la fin en quoi consiste la méthode informatisée.

a) Le module des méthodes de remédiation cognitive

D'après plusieurs commentaires sur le programme IPT, celui-ci est divisé en cinq grandes parties scindées en modules. Dans le module 1, trois catégories d'exercices sont proposées dans les ateliers :

- exercices effectués sur l'attention sélective et qui s'appuient sur d'éventuels tris de cartes à symboles ;
- exercices d'activités verbales et de méthodes de manipulations de concepts et qui ont pour objet de simuler les réseaux sémantiques généralement motivés dans la vie quotidienne du patient ;
- enfin, il y a une activité de raisonnements logiques. Ici, le patient examiné devra participer à une animation de devinettes sur un objet choisi en cachette par un autre patient. Le premier patient a le droit de poser quelques questions sans pour autant voir la chose cachée.

¹⁰⁷⁹ *Ibid.*

¹⁰⁸⁰ *Ibid.*

Le module 2 envisage de développer très rapidement les capacités de perception sociale altérées chez le schizophrène. Le module s'appuie sur des analyses comparatives d'images mettant en évidence des situations sociales habituelles. La plupart de ces images sont détaillées avec peu d'éléments complémentaires. Au début de l'exercice, le patient aura à dresser un tableau ou une liste des éléments détaillés sur l'image avant de donner la réponse finale. Il peut se poser des questions sur la situation globale et donner des appréciations selon son imaginaire.

L'idéal est qu'à la fin de l'exercice, tous les participants se mettent ensemble avec le patient examiné pour rechercher un titre consensuel à l'image étudiée et faire une synthèse ou une proposition unique. C'est ce qui fait un travail communicationnel¹⁰⁸¹ ou sémantique dans les démarches de soins en ergothérapie.

Le troisième et dernier module de cette partie est consacré à la communication verbale. C'est le début de la méthode de remédiation cognitive à base de communication verbale. Ce module est centré sur des exercices d'écoutes, d'articulations de mots, de reformulations de phrases qui ont pour valeur de stimuler les fonctions attentionnelles d'une part, et, d'autre part, les fonctions mnésiques. Cet exercice est complété par d'autres renforçant l'expression orale et la communication en public. D'autres expérimentations renforcent ou entraînent la compétence du patient en posant des questions sur des thèmes de son choix. Il y a encore une possibilité de discuter sur un texte lu en groupe et qui demande la participation de chacun pour faciliter le dialogue. En général, chaque séance finit par une conversation libre en groupe en vue de progresser et d'améliorer l'habileté conversationnelle de chaque personne. Cette dernière partie rejoint le système d'entraînement des compétences sociales.

b) Les modules fondés sur des méthodes d'entraînement de compétences sociales

Cette partie, qui constitue le module 4, est consacrée sur l'ensemble des méthodes d'entraînement et de développement des compétences sociales. Elle met en évidence des situations courantes de la vie quotidienne que le patient essaie de comprendre via des échanges sous forme de dialogues préétablis, mais aussi à travers des jeux de rôle.

Ce programme propose trois situations différentes sous forme de séries ou de trois catégories :

- il met en place des situations simples positives et à faible risque pour le patient ;
- ensuite l'exercice évolue vers une situation à risque plus élevé et il est fort probable qu'elle soit perçue négativement par le patient.

Une partie très complexe demande l'implication et la mobilisation des autres participants pour faire avancer la situation et encourager la réalisation du projet. C'est notamment le cas de l'organisation d'un projet ou d'un événement collectif ou encore pour répondre à des questions indiscretes.

Le travail s'accroît au sein de l'activité, encourageant et stimulant les apports des nouveaux ateliers par la participation active des patients afin de motiver davantage le travail des jeux de rôle en fonction des besoins de ces derniers.

¹⁰⁸¹ C'est un travail qui est relatif à la transmission de messages aux moyens de communication. Il englobe tout ce qui concerne les communications de masse en utilisant les nouvelles techniques communicationnelles.

La partie du module des méthodes informatisées, appelée réhabilitation « *computérisée* » (*RehaCom*[®]) est un traitement centralisé et assisté par un ordinateur. Elle constitue une forme de prise en charge des personnes souffrant des problèmes de lésions cérébrales. Ce système prend plus de place dans l'expérimentation des personnes présentant des pathologies de schizophrénie. Il est pratiqué de façon personnalisée avec la machine, mais il prend en charge les patients qui ont des connaissances de base en informatique ou qui ont une autonomie suffisante pour être en face de l'ordinateur.

B] THÉORIES D'APPRENTISSAGE EN ERGOTHÉRAPIE

Ici, il est question de l'étude des différentes théories de transferts d'apprentissage. Ces théories consistent à identifier la capacité du patient à réutiliser ce qu'il a appris lors des ateliers théâtraux, dans sa vie ou dans un nouveau contexte. Certains artistes les définissent comme l'implication du patient dans la mise en relation, mais aussi dans l'adaptation des conditions d'apprentissage dans un contexte à la fois inhabituel et nouveau.

Le processus des théories d'apprentissage fait l'objet d'études selon plusieurs perspectives qui produisent des théories distinctes. Aujourd'hui, il existe deux grandes approches d'apprentissage :

- l'approche théorique des behavioristes ;
- l'approche théorique des cognitivistes, elle met en place le constructivisme et le socioconstructivisme.

Cela ne signifie pas qu'il n'existe pas d'autres théories, mais elles découlent d'un mélange de ces deux grandes approches.

Pour éviter de se répéter sur les deux grandes approches théoriques déjà étudiées dans la section I, paragraphe 2, il est donc nécessaire d'étudier d'autres modèles d'intervention utilisés en ergothérapie pour aider et pour faciliter très rapidement le transfert d'apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne du patient atteint de troubles de schizophrénie.

1) Le concept d'autonomie et le concept d'indépendance

Dans cette partie, il y aura deux concepts à étudier dans la pratique du comédien exerçant dans l'établissement de soins ergothérapeutiques.

Il s'agit de l'autonomie et de la dépendance d'une part, et, d'autre part, de la dépendance et de l'indépendance.

a) De l'autonomie et de la dépendance en atelier dramatique – ergothérapeutique

Tout d'abord, le mot autonomie bénéficie de plusieurs définitions et surtout selon le domaine concerné. Elle peut être définie comme un état qui n'obéit ni à la règle d'autrui ni à la loi. Elle est aussi considérée comme un concept tant philosophique que juridique en vertu duquel la volonté de l'individu est considérée afin de créer des droits et des obligations.

En langue grecque, autonomie provient de deux mots : auto/autos qui signifie soi-même, et nomos qui signifie soit règle, soit loi.

En soins d'ergothérapie artistique, l'autonomie désigne l'état du patient capable de juger, de s'orienter, de se diriger, de se contrôler, de se gouverner selon sa propre loi.

D'autres spécialistes précisent qu'être autonome, c'est être capable de prendre une décision selon ses propres compétences, tout en tenant compte des enjeux sociaux, et de se rendre compte de toutes les charges qui pèsent sur lui pour l'aménagement et le développement de sa personnalité et de ses valeurs. Dans les exercices artistiques, les comédiens en charge de soins considèrent que l'autonomie demande l'implication de la conscience de soi. C'est pourquoi ils disent toujours qu'ils ne peuvent évaluer l'autonomie du patient qu'en le mettant en lien avec la dépendance. Lucile Pivot explique dans un article que : « Sève-Ferrieu écrit que "à titre individuel, l'autonomie se manifeste dans la gestion de ses propres dépendances, interdépendances et capacités d'indépendance quand, en connaissance de cause, la personne fait des choix et pose ses actions." (Sève-Ferrieu, 2008, p. 3). De plus, l'autonomie n'est pas innée et se développe tout au long de la vie en fonction de l'éducation reçue et des événements rencontrés. C'est un processus en constante évolution qui se construit dans les interdépendances familiales, scolaires, professionnelles, culturelles... Selon Adant, "une des premières véritables manifestations d'autonomie se présente quand, entre deux et trois ans, l'enfant dit non et s'oppose ainsi par le langage à la volonté de l'adulte" (cité par Sève-Ferrieu, 2008, p. 2). Cette autonomie individuelle est en interaction avec l'autonomie collective et cette liberté est donc limitée à un cadre constitué de règles, d'interdits et de lois sociales qui doivent être intériorisés. Le pouvoir décisionnel de l'individu dépend donc de la connaissance et du respect de ces obligations. Ennuyer définit alors l'autonomie comme "La liberté relative de l'individu au sein d'un groupe constitué par la société." (Cité par Sève-Ferrieu, 2008, p. 3). »¹⁰⁸²

Elle est donc prise en considération lorsque le patient est capable de faire des choix et d'agir en conséquence, de participer à ses soins, de s'adapter et d'interagir avec son environnement. Elle est un processus d'adaptation interactif de façon réciproque du malade ou de tout individu avec son environnement au sens large.

Le théâtre à l'hôpital considère d'une manière générale que : « L'autonomie est donc la liberté de faire des choix en prenant en compte des éléments internes et externes et en agissant en fonction de ceux-ci. La personne doit être capable d'anticiper face à la situation présente afin de pouvoir agir ou réagir, et de mettre en place les moyens nécessaires au bon fonctionnement de l'action qu'elle doit mener. L'autonomie s'acquiert donc "par l'apprentissage permettant la maîtrise et le contrôle progressif des situations, et l'aptitude à produire des réponses (indépendance accompagnée d'interdépendance)." (Sève-Ferrieu, 2008, p. 3). Elle présuppose une capacité d'analyse et de jugement sur ces situations afin de pouvoir faire un choix adapté. Une déficience psychique et/ou organique, tels que la schizophrénie et les troubles cognitifs qu'elle engendre, peuvent porter atteinte à l'autonomie de la personne. En effet, elles altèrent la pensée, la conscience de soi et les capacités d'anticipation, d'adaptation et de jugement de l'action conduite. Aussi, ces déficiences empêchent la personne de se représenter comme faisant partie de la société. De plus, elles la

¹⁰⁸² Lucile PIVOT « Réhabilitation psychosociale et schizophrénie : transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne », article HAL, Médecine humaine et pathologie, 2016, p. 32.

limitent dans sa compréhension et son analyse des données d'une situation, afin de faire un choix. Cette partie théorique m'a permis d'explorer les différentes composantes du MOH et de définir les théories d'apprentissage sur lesquelles l'ergothérapeute peut s'appuyer pour accompagner une personne atteinte de schizophrénie. Le développement du concept d'autonomie permet de mettre en évidence l'importance de la connaissance de soi, de l'adaptation réciproque à l'environnement et de la relation aux autres pour permettre sa construction. »¹⁰⁸³

b) De la dépendance et de l'indépendance en atelier théâtral – ergothérapeutique

La dépendance est définie en science sociale comme une conception dynamique. C'est le cas d'une personne incapable, soit physiquement, soit psychiquement ou même socialement ou qui se trouve dans l'impossibilité soit partielle soit totale d'agir et d'effectuer sans l'aide de qui que ce soit, ses activités de la vie quotidienne et pour s'adapter à son environnement.

Définie dans la science biomédicale comme une conception statique, elle est identifiée par le fait d'être incapable de réaliser tout seul les activités personnelles ou professionnelles ou de la vie quotidienne de façon satisfaisante.

En art dramatique, le patient est suivi de façon à ne dépendre de personne pour assurer ou pour réaliser ses besoins, ses désirs, ses activités de chaque jour.

Toutefois, si le patient demande de l'aide sur des questions techniques ou dans un domaine qui n'est pas le sien, cela ne constitue pas un problème ou cela ne met pas en cause ses capacités ni son indépendance. En effet, en science médicale, mais aussi en art dramatique, l'indépendance du malade repose sur l'ensemble de ses capacités fonctionnelles d'une part, et, d'autre part, de ses capacités neuropsychologiques qu'en principe il acquiert pendant le développement et la croissance de l'enfant.

« Sève-Ferrieu écrit qu'"elle offre les moyens de ne dépendre de personne pour vivre son quotidien, en permettant de répondre aux impératifs de la vie quotidienne et de survivre efficacement." (Sève-Ferrieu, 2008, p. 2). Selon cette vision, une personne est dépendante si elle a besoin de l'aide d'une tierce personne pour réaliser ses activités de la vie quotidienne. La dépendance désigne donc l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer seule les activités de la vie quotidienne. Cette approche est donc ciblée sur l'individu et ses capacités en lien avec son environnement matériel qui peut être facilitateur ou contraignant pour la réalisation des activités de vie quotidienne. Cependant, l'individu est indissociable de son environnement humain. Il doit s'intégrer dans la société, faire et être en relation avec l'autre. Selon la vision sociale, l'indépendance ne peut donc pas être dissociée de la dépendance. En effet, les êtres humains sont en interdépendance (affectives, intellectuelles, professionnelles, financières, culturelles...) dans leurs relations d'échanges où ils sont amenés à donner, mais aussi à recevoir. Selon Sève-Ferrieu, "ces interdépendances [...] sont le mode de relation entre les êtres humains et permettent leur structuration." (Sève-Ferrieu, 2008, p. 2). Les personnes schizophrènes sont concernées par le concept de dépendance, car les troubles cognitifs ont un impact sur leurs capacités fonctionnelles et relationnelles. En fonction de leur environnement humain et matériel, facilitateur ou non, elles sont plus ou

¹⁰⁸³ Ibid.

moins dépendantes. Une amélioration de leurs troubles cognitifs, dans le cas où un transfert des apprentissages dans leur vie quotidienne a lieu, tendrait vers une amélioration de leurs capacités fonctionnelles et relationnelles et donc, une diminution de leur degré de dépendance. »¹⁰⁸⁴

2) Le choix de méthode appliquée

Tout au long de cette recherche et dans ce chapitre, il était question d'analyser la pratique des comédiens ergothérapeutes exercée auprès des patients souffrant des troubles de schizophrénie dans l'établissement de soins de réhabilitation psychosociale, d'insertion et/ou de réinsertion.

Lors des enquêtes, certains patients préféraient les méthodes cliniques et d'autres les méthodes artistiques. En revanche, il n'était pas facile de poser cette question aux patients en présence des professionnels, tant médicaux qu'artistiques. C'est pourquoi il a fallu mener l'enquête discrètement, sans blesser qui que ce soit. Le choix des méthodes quantitatives était finalement la seule possible à mettre en place afin de pouvoir analyser le patient et son discours. L'avantage de ces enquêtes et des différents entretiens a été de permettre de recueillir des informations qualitatives approuvant ou désapprouvant l'accompagnement du comédien ergothérapeute mis en place pour aider les personnes souffrant de schizophrénie, afin de diminuer ou d'éradiquer les troubles cognitifs et leurs effets sur leur vie quotidienne.

Cette méthode quantitative aide à comprendre, grâce au questionnaire qui était posé de façon générale, le fonctionnement de la population participant aux ateliers, à s'interroger sur la pratique professionnelle et à faire ressortir tacitement des éléments de réponses aux questions.

L'avantage de la méthode clinique permet d'élaborer plusieurs hypothèses qui pourraient par la suite faire l'objet d'une autre recherche.

a) La population cible de l'enquête

Il était important d'interroger des professionnels ergothérapeutes, des patients participant aux ateliers, des proches des patients et le public assistant. Toutefois, l'ergothérapeute doit répondre à certains critères de sélection : être un ergothérapeute diplômé d'État, exercer dans les établissements de soins de réhabilitation psychosociale et de réinsertion sur le territoire français et enfin travailler avec les personnes atteintes de troubles de schizophrénie.

Le public était sollicité pour répondre à certaines questions, juste pour avoir un retour sur ce qui est fait lors des représentations et sur ce qu'il attendait comme effet.

Les patients et leurs proches présentaient une valeur particulière pour l'enquête parce que c'est pour eux que les résultats de la pratique théâtrale exercée sont attendus.

¹⁰⁸⁴ *Ibid.*, p. 31, s.

b) Le déroulement des enquêtes ou des entretiens

Certaines difficultés se sont présentées lors du déroulement des enquêtes puisqu'il était difficile de joindre au téléphone les participants et peu de mails ont eu du succès. Raison pour laquelle la présence sur les lieux est apparue indispensable. Certains patients, participants et spectateurs ont accepté de répondre à un questionnaire écrit. Ceux qui acceptaient de répondre de vive voix à l'enquêteur avaient un entretien d'une durée de dix à quinze minutes.

PARAGRAPHE 2 - LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Ce paragraphe est consacré au rôle de la planification du traitement du malade et à la gestion de son dossier en soins ergothérapeutiques. Il expliquera comment le maître du jeu se prépare avec son équipe de soins avant d'entrer en exercice et en même temps, il expliquera la réglementation applicable sur le dossier du patient.

A] QUEL EST LE RÔLE DE LA PLANIFICATION DU TRAITEMENT DU PATIENT ?

Tout d'abord la planification du traitement consiste à la mise en place des objectifs à atteindre qui soutiendront le patient pour commencer à penser et à initier son changement vis-à-vis de l'apprentissage ergothérapeutique.

Il est indispensable de ne pas se passer de la planification du traitement puisque de l'analyse fonctionnelle à la planification ainsi qu'à l'application du traitement, il s'effectue généralement un ajustement, de façon circulaire, en cas de besoin, pour modifier un ou des objectifs lorsque cela est nécessaire. Par exemple, lorsque le patient apparaît très résistant au programme de changement appliqué et aux traitements artistiques. C'est encore le cas lorsqu'il s'agit du changement des objectifs généraux présentés dans le tableau numéro 2 qui planifie le mode de traitement en soins aigus sur une série de séances d'une semaine à un mois selon le degré de gravité des troubles constatés ou sur un mois à un trimestre en soins de réhabilitation psychosociale. *« Voici quelles sont les caractéristiques des objectifs : l'énoncé de l'objectif décrit le comportement cible qui peut être observé et mesuré soit par l'ergothérapeute soit par le patient lui-même. Des objectifs tels que "augmenter la confiance en soi, être moins agressif, être plus sociable, être plus autonome, être plus conciliant" ne sont pas des comportements cibles. Par contre, "commencer seule une nouvelle couture, adresser la parole à l'ergothérapeute en la regardant, ranger sa place avant de quitter l'atelier, prendre des initiatives dans des activités faciles" (tableau 3) sont des comportements cibles observables. Au tableau 3, l'énoncé de l'objectif décrit les conditions de manifestation du comportement : lors de quelle activité ce comportement sera-t-il modifié ? À quel moment et à quel endroit le comportement se produit-il ? Quel degré d'aide est nécessaire ? Sur quels indices de la situation vous attirerez l'attention du patient afin que l'évolution puisse être observée et mesurée ? L'énoncé de l'objectif précise les critères de réussite (tableau 3), c'est-à-dire le seuil minimum à partir duquel l'ergothérapeute et le patient estiment que le comportement attendu est maîtrisé de façon suffisamment durable. Le critère de réussite est généralement fixé à 80 % ou 100 %. L'objectif est, dans la mesure du possible, établi en*

*collaboration avec le patient ou, s'il est fait hors de sa présence, l'ergothérapeute lui montre le programme thérapeutique et discute avec lui/elle de son application et des critères d'évaluation. »*¹⁰⁸⁵

1) Le thérapeute et son groupe de travail

La plupart des artistes aiment travailler en groupe. Ce dernier constitue l'enveloppe qui représente l'ensemble des individus. S'il n'y avait pas de groupe, c'est-à-dire d'enveloppe, il n'y aurait qu'un rassemblement humain. Forment un groupe toutes les personnes qui présentent les mêmes objectifs, la même idée qui crée la relation entre les membres du groupe.

Ici, il s'agit d'un groupe multidisciplinaire à des fins thérapeutiques qui se positionne dans le domaine médical et qui vise les soins artistiques comme unique moyen de soins de réhabilitation psychosociale. En établissement de soins ergothérapeutiques il existe plusieurs sortes de groupes : *« Des groupes ouverts qui sont susceptibles d'accueillir de nouveaux arrivants ou d'en perdre, et des groupes fermés qui fonctionnent avec les mêmes participants pendant toute la durée fixée au préalable. Au SEA, nous fonctionnons avec des groupes ouverts. Pour qu'un groupe soit thérapeutique, il vise le changement et fixe un cadre avec des règles précises qui vont accompagner le thérapeute et les participants. Le thérapeute a pour fonction de réguler le groupe et de garantir le cadre. Il veille au bon fonctionnement de celui-ci et est attentif à ce que chacun puisse trouver sa place.*

Les groupes au SEA sont limités à cinq participants, mis à part le groupe théâtre et chant où il existe une coanimation avec deux intervenants. Dans ces deux cas, le groupe est limité à sept personnes. Toute activité de groupe est suivie ou associée à un temps de parole, un échange qui permet l'émergence d'associations libres ou d'élaborations. Ce qui est produit lors du déroulement du groupe reste la propriété de ce groupe. Toute utilisation même partielle de cette production suppose l'accord préalable de tous les participants. Les objectifs thérapeutiques de l'activité en groupe sont de permettre à la personne de :

- *prendre sa place dans le groupe afin de renforcer son sentiment d'identité et d'estime de soi ;*
- *exister au sein d'un groupe en retrouvant son plaisir dans le but de parvenir à s'exprimer et s'autoriser à être soi-même ;*
- *gérer son angoisse et lâcher prise en se confrontant aux autres ;*
- *parvenir à s'amuser avec les autres membres du groupe ;*
- *se familiariser avec des lieux publics. »*¹⁰⁸⁶

a) Le travail du comédien ergothérapeute

Les établissements de santé et de soins ergothérapeutiques mettant en place la pratique artistique et théâtrale comme soins de réhabilitation psychosociale, d'insertions et/ou de réinsertions proposent des activités culturelles et théâtrales organisées sous forme d'ateliers d'échanges.

¹⁰⁸⁵ Sous la direction de Marie-José MANIDI, « *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* », op. cit., p. 90, s.

¹⁰⁸⁶ *Ibid.*, p. 297, s.

Certes, les établissements de soins n'ont pas dans leurs organigrammes du personnel médical, des professionnels artistiques plus particulièrement spécialisés dans l'art dramatique – le théâtre. C'est pourquoi ils font appel à des spécialistes, intervenants extérieurs, pour diriger certaines activités comme le théâtre, la musique, le chant ou la peinture. Cette recherche parle du comédien ergothérapeute : l'artiste responsable de l'atelier sollicité pour intervenir dans les soins de réhabilitation psychosociale et d'insertion ou de réinsertion qui est assisté par l'ergothérapeute tout court, celui de l'institution en charge de soins. Le premier mène les ateliers de théâtre en collaboration avec le groupe de soins et le deuxième assure d'autres activités tout seul, telles que la gestion des ateliers de cuisine, de natation, de peinture ou des bains thermaux et de badminton.

Par exemple les activités artistiques menées en groupes thérapeutiques pour de soins ergothérapeutiques.

- Il peut y avoir des activités d'expression graphique utilisant des techniques graphiques, des images, des peintures et des dessins pour inciter la créativité selon les thèmes proposés à la séance. L'objectif est d'offrir aux participants un support de communication et/ou d'échange sans avoir recours au modèle d'échange verbal. Ces médications facilitent le lien entre l'espace interne du patient et son monde extérieur.

- Il y a aussi l'exercice qui sollicite le toucher comme l'activité de modelage. L'exploitation de la terre apporte plusieurs bénéfices au patient comme celui de se modeler, de se chauffer à la température du corps ou de se malaxer. Elle a toutefois ses limites qu'il faut prendre en considération lors de l'exercice puisqu'elle peut être sèche et dure à l'air, elle peut être modifiable selon le temps et donc humide et malléable. Chez le patient, la terre peut représenter ses origines et exprimer des valeurs de vie ou de mort. Dans l'expérimentation de la terre, les mots utilisés sont spécifiques comme : couper, souder, coller, casser, lier, former, effondrer et taper, masser ou autres. Ces mots mêlés au travail de la terre peuvent initier des émotions, tant psychologiques que corporelles, indicibles que la plupart du temps le langage aura des difficultés à formaliser. La construction d'un objet par l'usage de la terre peut aider le patient non seulement à extraire ses émotions, ses souffrances ainsi que ses besoins ou mais aussi à restaurer ou à restructurer d'autres émotions qui lui donneront envie de reprendre sa vie en main, et aussi le courage d'arriver à construire l'objet de base.

- Au-delà de ces activités, il y a celles organisées par le comédien ergothérapeute en utilisant le théâtre comme moyen d'expérimentation de types improvisations, par des scénarios, des travaux de mise en scène et des répétitions sur les mêmes sujets, avec les mêmes groupes. Avant de commencer, les participants s'exercent par un échauffement de la voix – par des cris et des exclamations de mots ou des phrases types – et du corps et enfin ils se mettent dans l'improvisation. Ils vont donc mettre en pratique des personnages imaginaires afin qu'ils suscitent leurs émotions et qu'ils provoquent ou facilitent leur réhabilitation psychosociale.

- En outre, des activités de chants sont menées par des chanteurs spécialistes pour chauffer la voix, mais aussi comme des exercices d'expression, ce qui est une autre manière de faire sortir sa voix sans crier pour ne rien dire. Le constat de ces ateliers montre l'envie active des participants animés par la volonté de chanter, de partager des émotions et de vivre des moments de loisir relativement forts. Mais il y a aussi l'envie de vouloir apprendre de nouvelles chansons et de chanter en groupe.

- L'activité de badminton fait partie des activités sportives travaillées en groupe dans les espaces réservés. Elle demande plus d'attention, de capacités cognitives et d'endurance, mais aussi de la concentration et l'aptitude à jouer en équipe ainsi que le respect des règles et du fair-play. Elle permet de mettre le corps en mouvement et de se confronter avec d'autres personnes dans les règles du jeu.

- « *Natation : se rendre à la piscine requiert une certaine motivation (se préparer, avoir le courage d'y aller, entrer dans l'eau plus ou moins froide, etc.). Cette activité confronte la personne à son corps (être en maillot) aux regards des autres. Le contact avec l'eau peut être plus ou moins agréable et évoquer des sensations diverses. L'eau porte, entoure, contient l'enveloppe corporelle. Il y a aussi d'autres personnes dans la piscine, le contact interpersonnel s'établit de manière indirecte, sans la nécessité d'un échange verbal. Chacun se déplace à son rythme. Après le moment passé dans l'eau, la douche et le séchage et une sensation de fatigue plutôt agréable.*

- *Bains thermaux : en plus des bienfaits de l'eau et ce qu'il en découle, les bains de Cressy avec l'eau à 34° et ses bains hydromassants permettent d'apporter détente et sérénité dans le moment présent. Ces installations permettent aussi de retrouver son énergie et de soulager les douleurs. Ils contribuent à un mieux-être physique et psychique.*

- *Cuisine : l'activité est structurée en différentes phases : choisir un repas, s'organiser pour les courses, coopérer dans la confection du repas et enfin de partager le repas. L'acte de préparer et de partager un repas peut s'inscrire dans une triple dimension, le besoin vital, le plaisir et le partage et la communication. Il s'agit d'apprendre à faire la cuisine, de retrouver un rythme alimentaire et d'acquérir des notions de valeurs nutritives.*

- *Danse et mouvement : dans cet espace, nous collaborons avec un professionnel du mouvement. Nous visons avant tout d'aider les patients à ressentir leur corps en détente et en mouvement, et d'éprouver du plaisir au travers de l'activité. L'expérimentation du mouvement et non l'apprentissage d'un mouvement formaté propre à certaines techniques de danse. Mettre en valeur l'aspect contenant, de sentir ses limites, de pouvoir s'ancrer et expérimenter; à partir de cette rencontre avec soi-même, d'aller vers l'autre. »¹⁰⁸⁷*

b) Une évaluation de la prise en charge

Pendant la prise en charge, le patient suit le circuit de l'organisation de soins en ergothérapie et participe soit à l'ensemble des activités soit à quelques-unes avec ou sans motivation, mais tout peut changer en cours de route. Il lui est encore demandé de contribuer à sa réflexion dans les ateliers si son état de santé le permet.

La phase d'évaluation permet tout d'abord de comprendre le changement du malade et de maintenir son équilibre en observant les informations fournies pour adapter l'activité théâtrale, mais surtout pour bien avancer dans les analyses et éviter que les remarques faites à l'apprentissage constituent ou se transforment en un auto-jugement provoquant un sentiment de rejet ou à un jugement à l'égard des autres. Il est important d'éviter les jugements surtout de valeur, puisque la plupart de temps ils provoquent des réactions de blocages et des sentiments d'échec. Le comédien, après avoir analysé et évalué la personne en question,

¹⁰⁸⁷ *Ibid.*, p. 300.

l'oriente vers une phase de renforcement de compétences et l'aide à retrouver son niveau de vie dans une attitude bienveillante et grâce à des comportements favorisant ses actions. « Lorsque la personne développe la capacité à s'ancrer dans le moment présent, elle peut ainsi vivre pleinement son activité et développer le plaisir et la satisfaction éprouvée. L'affolement provoqué par la peur du jugement inhibe les compétences et la créativité. Il empêche la personne de retrouver l'estime d'elle-même. Le bilan permet de réajuster l'ensemble des objectifs et les modalités de l'intervention afin de poursuivre l'accompagnement. Selon la situation, nous proposons des bilans plus au moins réguliers. Parfois, suite à une première période de neuf séances, nous précisons avec le patient le bien-fondé de la poursuite du travail. Si cela se révèle positif, nous faisons un bilan écrit dont le contenu est élaboré avec le patient et nous l'envoyons au médecin traitant. Ce bilan présente un réel outil de travail. Enfin, pour terminer, le bilan peut se dérouler soit dans notre centre, soit au bureau du médecin traitant ou encore dans une des institutions faisant partie du réseau. Ceci implique que le patient peut être confronté à plusieurs professionnels. Dans le champ extra-hospitalier, la profession de l'ergothérapie en psychiatrie reste peu connue. En tant que praticienne de la globalité de la personne appréhendée dans sa vie quotidienne, l'ergothérapeute est outillé tant par ses connaissances de la maladie et des handicaps qui en découlent que par ses capacités d'analyse de l'activité. Ses connaissances permettent d'aider les personnes qui en font la demande en vue de leur réhabilitation et d'une autonomie psychosociale. Cette politique de soins est au centre de l'éthique de l'ergothérapie communautaire et, dans ce sens, elle peut prendre sa place parmi les réseaux de la santé et du social. »¹⁰⁸⁸

2) Les expérimentations de Micheline et la conclusion du contrat d'activité thérapeutiques

Cette partie reprend l'intégralité des tableaux 2 et 3 du travail dirigé par Marie-José Manidi¹⁰⁸⁹ pour approfondir et pour enrichir la recherche et pour donner aux lecteurs un autre angle d'observation sur la précédente recherche. Ensuite elle évoquera la phase de conclusion du contrat engageant l'institution, l'ergothérapeute et le patient.

a) Tableaux 2 et 3

Les tableaux 2 et 3¹⁰⁹⁰ sont intégralement repris avec leurs textes explicatifs :

Tableau 2 : Programme Thérapeutique de MICHELINE (Adapté de MONTREUIL et MAGEROTTE, 1994)

Programme thérapeutique

Nom et prénom : Micheline

Indication du psychiatre de l'institution : stimulation thymique de la patiente en prévision d'un retour à domicile

Date de mise en application du programme : 4 septembre 2004

¹⁰⁸⁸ *Ibid.*, p. 31, s.

¹⁰⁸⁹ *Ibid.*, p. 91, s.

¹⁰⁹⁰ *Ibid.*,

Décisions prises lors des réseaux thérapeutiques ou des réunions d'équipe :

3 septembre : un programme thérapeutique stimulant est mis en place, dont l'ergothérapie

14 septembre : la thymie de Micheline va mieux, les objectifs 1 et 2 sont atteints à 60 %

28 septembre : réunion de sortie pour Micheline. OBJ 1 et 2 : 90 %. Travaillé sur l'objectif 3.

| Priorité | But | Objectifs généraux | Responsabilité, stratégies | Date de l'atteinte de l'objectif |
|-----------------|--|---|--|--|
| 1 | Activité de la vie quotidienne et comportements d'autonomie. | Être active à l'atelier. Prendre des initiatives dans des activités faciles. Prendre des initiatives dans des activités complexes. | Respecter la progression des difficultés. Mesurer la satisfaction et la maîtrise. | Le 3 ^e jour Fin de la première semaine. Fin de l'hospitalisation. |
| 2 | Habiletés relationnelles | S'adresser aux autres patients durant l'activité. S'adresser aux autres patients durant la pause. Préparer la pause et servir les autres patients. | Être attentive à thymie et aux effets secondaires des médicaments. L'ergothérapeute sert de facilitatrice | Après la première semaine Durant la 2 ^e semaine. |
| 3 | Identité personnelle et capacité à exprimer ses rôles de mère et d'épouse. | Susciter des contacts avec ses enfants. Prendre des initiatives avec son mari. | Mesurer l'anxiété au travers de divers prétextes. Mesurer le plaisir, exploiter les pensées. | Durant la 3 ^e sem. Dès la 3 ^e sem. Lors des visites de son mari. |

TABLEAU 3 : Formulation d'un objectif de MICHELINE (Adapté de MONTREUIL et MAGEROTTE, 1994)

Nom, prénom : Micheline

Période : du 4 au 28 septembre 2004

| | |
|---|--|
| Comportement-cible | Prendre des initiatives dans des activités faciles |
| Conditions de réalisation quelle activité | Confectionner une couverture pour la poupée de sa fille. |
| Difficulté estimée de l'activité | Facile |
| Quand ? | Début de traitement (1 ^{re} semaine). |
| Où ? | À l'atelier uniquement |
| Facilitateur/soutien | L'ergothérapeute : par des encouragements, des orientations, |

| | |
|--|--|
| <i>thérapeutique</i> | <i>une analyse de la compétence nécessaire.</i> |
| <i>Personnes impliquées directement ou indirectement ?</i> | <i>L'ergothérapeute, sa fille et une patiente, voisine de table à l'atelier.</i> |
| <i>Indices observés</i> | <i>Maîtrise attendue et observée ; satisfaction attendue et observée</i> |
| <i>Seuil de réussite</i> | <i>Nombre de nœuds de l'analyse structurale que Micheline parvient à faire sans l'aide de l'ergothérapeute : 90 %. Maîtrise attendue 60 % et observée : 80 %. Satisfaction attendue 70 % et observée 80 %.</i> |

b) Le contrat thérapeutique

Après les observations et les analyses effectuées par l'équipe en charge des soins artistiques en collaboration avec le médecin traitant et l'ergothérapeute assistant, il est procédé à la signature du contrat avec l'accord du patient.

Tout d'abord, en l'absence d'un texte législatif réglementant l'activité dramatique et artistique au sein des établissements de soin, il est donc impératif de prévoir un dispositif privé pour sécuriser cette profession. C'est pourquoi il est nécessaire d'établir un contrat engageant les parties concernées.

Le contrat présente les éléments suivants :

- les coordonnées des parties signataires et leurs adresses ;
- les objectifs généraux à atteindre avec les indicateurs du succès du traitement ;
- les comportements de chacun définis avec des termes précis et accessibles ;
- les ressources possibles susceptibles d'être mobilisées en cas de besoins ;
- le type de séances, les méthodes et les moyens à mettre en place ;
- le programme technique permettant d'atteindre les objectifs ;
- les lieux possibles pour effectuer les activités : ateliers intérieur ou extérieur ;
- les activités que le patient souhaiterait entreprendre durant la démarche ;
- ce que le patient souhaiterait développer ou améliorer et ce qu'il veut garder ;
- le groupe de travail et l'équipe d'intervention ;
- la durée approximative des séances ;
- le ou les maîtres du jeu et leurs spécialités ;
- les participants : familles, publics, amis, proches, etc.

Dans la plupart des cas, les patients acceptent de signer le contrat sans le lire ou le comprendre. Dans d'autres cas, le patient signe sans le vouloir vraiment ou par ignorance. Il revient donc à l'ergothérapeute de s'assurer que la signature du patient est posée de façon sereine sans vice de forme ou de fond. Il est tenu de procéder à une vérification et d'identifier l'accord véritable du malade. Il n'y aura jamais un bon déroulement du traitement artistique sans l'accord de deux parties, établi sur de bonnes bases et des négociations. *« Définir le problème et établir les objectifs ne sont pas suffisants pour assurer le changement des comportements inadaptes du patient de manière durable. Ils sont nécessaires pour savoir sur*

quoi portera l'apprentissage thérapeutique et comment le mesurer (donc en rendre compte à l'équipe, au médecin et, pourquoi pas, aux assurances). Le changement se base sur l'application de trois principes thérapeutiques qui vont varier en fonction du type de problème et qui s'accompagnent de stratégies d'intervention. »¹⁰⁹¹

B] LE DOSSIER DU PATIENT EN SOINS ERGOTHÉRAPEUTIQUES

Après avoir identifié quelques éléments indispensables pour la conclusion du contrat, cette partie est réservée à l'élaboration du dossier médical du patient en soins ergothérapeutiques en général. Elle va s'intéresser à l'essentiel puisque la question du dossier médical du patient est très vaste. Il est marqué par l'accroissement des informations publiées chaque jour et le développement incessant des techniques et des moyens qui modifient la stratégie politique de prise en charge, tant d'un point de vue thérapeutique que de celui de prévention et de diagnostic. Il est très difficile pour le professionnel médical de travailler en harmonie et de pouvoir assimiler toutes les données découlant du domaine médical en particulier et du domaine scientifique en général et surtout de pouvoir établir des notes de synthèse et de les insérer dans le planning de prise en charge.

C'est ainsi que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) qui a pour mission de promouvoir le processus d'évaluation de prise en charge des patients par rapport aux techniques et aux stratégies mises en place afin d'élaborer des recommandations professionnelles a développé l'idée de mieux comprendre les mécanismes d'évaluation et d'amélioration du système de soins et de la qualité de prise en charge à travers une base de données. Elle rassemblera toutes les informations du patient et les objectifs principaux pour aider les praticiens à faire des synthèses, des preuves scientifiques et pour conforter l'opinion des experts sur un problème clinique, mais aussi pour faciliter la compréhension du patient.

L'ANAES précise l'utilité du dossier médical du patient dans son document intitulé : « *Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France - 1999* »¹⁰⁹². Elle précise aussi que les recommandations professionnelles doivent concourir à un développement de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. Il est donc impératif que le professionnel médical en ergothérapie élabore un dossier du patient en soins ergothérapeutiques. Ce dernier est indispensable à la communication des informations avec le patient d'une part, et, d'autre part, avec les professionnels habilités à en prendre connaissance.

Il a comme principe d'être un outil de traçabilité, de synthèse, de réflexion, de planification et d'organisation, mais aussi d'information. Cette pratique a poussé les établissements de soins à revoir leur organisation et les spécialistes à réfléchir sur leurs pratiques.

Le dossier du malade en ergothérapie est reconnu comme :

- « - *Un outil de travail et de réflexion en vue d'une démarche de soins de qualité (4,5) ;*
- *recueil et analyse des données utiles pour l'élaboration d'un plan d'intervention ;*

¹⁰⁹¹ *Ibid.*, p. 93.

¹⁰⁹² Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (éditeur), 1999, 48 p., 24 réf., ISBN 2-910653-44-7, FRA.

- facilite la coordination entre les professionnels qui interviennent auprès du patient ;
- permet d'évaluer les pratiques professionnelles et d'augmenter les niveaux de compétences (2) ;
- représente un référentiel en ergothérapie (4,5) ;
- fournit les données pour la recherche en ergothérapie ;
- répond aux recommandations sur la qualité des soins et aux critères pour l'accréditation (4).

Le dossier du patient en ergothérapie est un document individualisé qui respecte la personne soignée en optimisant la qualité de sa prise en charge (6,7). Il participe à une meilleure organisation des actions rééducatives et réadaptatives, en facilitant la communication entre les différents acteurs du dispositif. Dans ce sens, ce dossier est une donnée participative au projet d'établissement. Il est également un outil d'information et de communication pour le patient et son entourage. »¹⁰⁹³

1) La réglementation

En général, le législateur n'a pas proposé jusqu'à aujourd'hui l'obligation de rédaction du dossier médical du patient dans les soins ergothérapeutiques. Seul le décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information¹⁰⁹⁴ des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés rend obligatoire la mise en place d'un dossier médical pour chaque personne hospitalisée. De ce fait, les dispositions réglementaires en vigueur dans la profession d'ergothérapeute n'imposent pas la création et la mise en place d'un dossier du malade.

Le professionnel ergothérapeute en général participe aux soins du patient selon le décret n°70.1042 du 10 novembre 1970¹⁰⁹⁵ fixant les conditions de la création du diplôme d'État d'ergothérapeute et le décret d'actes 86.1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories des personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. « *Les ergothérapeutes contribuent aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.* »¹⁰⁹⁶

En soins ergothérapeutiques, il n'y a que le programme officiel des études d'ergothérapie qui précise dans l'arrêté du 24 septembre 1990 modifié par un autre du 21 juillet 1996¹⁰⁹⁷ dans des modules spécifiques la présence du dossier médical de soins en ergothérapie. Ce dossier est apparu sous ces différentes formes :

¹⁰⁹³ ANAES, « *Le dossier médical du patient en ergothérapie* », Service des recommandations et références professionnelles, mai 2001, p. 9.

¹⁰⁹⁴ Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique, *JORF* n°78 du 1^{er} avril 1992, p. 4607.

¹⁰⁹⁵ Décret n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'État d'ergothérapeute, *JORF* du 10 novembre 1970, p. 10417.

¹⁰⁹⁶ Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, *JORF* du 23 novembre 1986, p. 14133.

¹⁰⁹⁷ Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'ergothérapeute, *JORF* n°223 du 26 septembre 1990 p. 11678. Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'ergothérapeute, complété par l'Arrêté du 11 mars 1968 sur la durée de conservation des archives médicales. Règlement des archives hospitalières. Paris : ministère d'État chargé des Affaires culturelles. 1968.

- « - Le module 1 de méthodologie générale a pour objectif d'"acquérir une démarche scientifique adaptable aux situations de l'ergothérapie et de la recherche" ;
- les modules 3, 4, 9, 10, 11, 12, portant sur la clinique, évoquent les évaluations et l'analyse des plans de traitement ;
- les modules de technologie 1 et 2 portent sur les techniques et outils d'intervention, en insistant sur l'analyse et l'efficacité des activités, et sur les moyens d'intervention en réadaptation ;
- le module 6 de méthodologie professionnelle doit permettre à l'étudiant d'analyser les actions et démarches proposées, d'évaluer les avantages et limites de l'ergothérapie, de conduire un traitement, de découvrir le cadre légal et général des actions de réadaptation.

Les objectifs généraux des stages cliniques en 2e et 3e année insistent sur les phases suivantes : recueil de données, analyse, élaboration des objectifs d'intervention, détermination des stratégies, intervention, évaluation. Chacune de ces phases correspond à des critères et objectifs spécifiques basés sur la relation, la communication, les évaluations, la résolution de problèmes, la démarche de soins, l'apprentissage et la pédagogie. »¹⁰⁹⁸

Il est encore indispensable de parler de l'arrêté du 21 juillet 1994 modifiant l'arrêté du 24 septembre 1990 précisant les modalités d'obtention du diplôme d'État qui oblige l'étudiant à passer une épreuve de mise en situation professionnelle, mais aussi de passer la soutenance d'un travail écrit choisi selon deux recherches :

« Les travaux écrits portent sur l'étude d'un cas clinique, d'une démarche de soins ou d'une thématique particulière de recherche en ergothérapie. Ce travail doit permettre à l'étudiant de synthétiser l'ensemble de la démarche ergothérapique, sur les plans théorique et pratique. La mise en situation professionnelle auprès du patient comprend :

- l'évaluation et le plan de traitement ergothérapique du patient ;
- l'exécution, la justification et l'évaluation des techniques ergothérapiques nécessaires à la mise en œuvre de la prescription médicale ;
- la prise en compte et l'énoncé d'éléments liés au patient et à son environnement (aspects psychologiques, sociaux, professionnels et familiaux). »¹⁰⁹⁹

Le dossier médical reste un document administratif et il est la propriété légale de l'établissement en charge de soins. Ce dernier assure l'élaboration, la protection et l'archivage des informations formant le dossier, mais aussi contrôle l'accès au dossier.

Le patient a le droit d'accéder à son dossier et il peut demander à être assisté par un médecin, soit pour lui faciliter la lecture des informations scientifiques, soit pour le rassurer sur le bon fonctionnement de son traitement. Le malade peut aussi désigner un ayant droit ou une personne de confiance pour assister à la lecture du dossier et pour prendre connaissance des informations le concernant.

L'équipe de soins recommande à chaque ergothérapeute de mettre en place un dossier pour chaque patient et de le mettre à jour à chaque fois qu'il y a de nouvelles informations. Après l'élaboration du dossier, il est strictement recommandé de l'intégrer dans le dossier général du patient pour enfin former un dossier unique destiné à l'ensemble des praticiens de

¹⁰⁹⁸ ANAES, « Le dossier médical du patient en ergothérapie », *op. cit.*, p. 15.

¹⁰⁹⁹ *Ibid.*, p. 16.

santé. Le dossier doit être personnalisé selon les modalités de l'exercice et de l'activité organisée pour répondre aux besoins médicaux et à ceux du patient.

Le document doit obligatoirement être précis et définir la personne qui remplit les informations, il doit être structuré et simple d'utilisation avec un langage bien précis, des vocabulaires compréhensibles, des informations spécifiques et il doit respecter la confidentialité des données du patient.

Une première partie du dossier du patient est consacrée aux informations générales. Il doit contenir les éléments suivants :

- renseignements socio-administratifs ;
- numéro de dossier ;
- nom et prénom ;
- date et lieu de naissance ;
- sexe ;
- adresse ;
- situation professionnelle et familiale ;
- numéro de téléphone ;
- couverture sociale ;
- numéro de sécurité sociale ;
- le consentement libre et éclairé du patient ;
- le nom de la personne de confiance ;
- la personne référente : père, mère, sœur, frère ou autres.

Une partie est réservée pour le motif de l'hospitalisation ou des renseignements généraux : motif de la prise en charge, diagnostic médical et type de pathologie présente. Il est précisé également l'urgence ou la nécessité d'entrer en soins ergothérapeutiques, la présence d'autres pathologies si cela est le cas et l'histoire de la maladie et les antécédents médicaux.

La liste n'est pas définitive, il y a d'autres éléments indispensables à la réalisation du soin, mais cette recherche ne peut pas tout citer. Pour mieux comprendre ce que contient le dossier médical, il serait donc indispensable de le définir de façon claire et développée au niveau des soins et de la prise en charge du professionnel ergothérapeute.

a) La définition du dossier médical en ergothérapie

Le dossier médical est défini comme le document rassemblant les données et toutes les informations utiles relatives au patient afin de pouvoir planifier, évaluer et élaborer la démarche de soins en ergothérapie. Il constitue un outil de traçabilité et de synthèse, mais aussi de réflexion facilitant le suivi de patient. Il est un support de communication, d'information et présente aussi un aspect éducatif. Il comporte des éléments socio-administratifs, médicaux, évaluatifs, préventifs, professionnels, familiaux, personnels et relationnels. Il précise l'évolution et le suivi des soins, le type de prise en charge et les méthodes engagées ainsi que la durée prévisionnelle du traitement. Il participe au dynamisme du plan d'intervention, il est accessible pour le médecin traitant, l'équipe de soins, et il concourt à la réunion de suivi des soins.

b) Objectifs envisagés du dossier du patient en soins d'ergothérapie

Le patient effectue ses soins dans différents domaines et le dossier a pour objectif de centraliser la démarche suivie par le malade, mais aussi d'inciter le professionnel à recueillir au maximum les informations du patient et à écrire noir sur blanc les besoins du patient dans la prise en charge. C'est aussi une façon d'engager l'institution dans le suivi et le contrôle du traitement envisagé.

Il permet à l'ergothérapeute de recueillir et d'analyser l'ensemble des informations utiles pour les démarches à venir et d'ordonner les programmes de soins. Il est le seul moyen permettant de contrôler la durée du traitement, de faire converger les informations et de centraliser les données qui méritent un changement, une évolution ou un développement sur la réhabilitation psychosociale, sur l'insertion, sur la réinsertion ou la rééducation du patient. Il vise un langage commun tant pour les professionnels intervenants que lors de la passation de service d'une équipe à une autre. C'est aussi une manière de répondre aux recommandations sur la qualité de soins d'une part, et, d'autre part, aux évolutions des pratiques professionnelles et de répondre aux critères d'accréditation. Il vise à mieux gérer et organiser les opérations et à optimiser les pratiques professionnelles.

2) L'évolution du dossier du patient en ergothérapie

Le dossier évolue en fonction des professionnels concernés par la prise en charge. Par exemple, le dossier est adressé :

- « - *Aux professionnels ergothérapeutes : en fonction des objectifs exposés en II.2, les premiers agents concernés sont bien les ergothérapeutes. C'est un outil standardisé de références professionnelles (5).*
- *Aux autres membres de l'équipe de santé : le dossier du patient en ergothérapie est une base des relations interprofessionnelles, devant faciliter la transmission, la communication et la meilleure compréhension des rôles et fonctions ergothérapeutiques (17,21).*
- *À l'institution et aux organismes de prise en charge : une meilleure lisibilité des attributions professionnelles et des actions offertes aux patients fait partie des critères d'accréditation des établissements (60,88). Les organismes de prise en charge, en respectant les règles de confidentialité et du secret professionnel, identifient les soins proposés et les compétences mobilisées.*
- *Aux patients et à leurs familles : la charte des patients hospitalisés les place comme premiers interlocuteurs de l'équipe médicale et pas seulement comme objets de soins (73,89-91). La communication des données médicales est une obligation dans le cadre de la loi de réforme hospitalière et une condition à la participation du "patient-client" au service de santé. Ce document faisant partie du dossier médical est accessible au patient, dans les conditions prévues par la loi (16).*
- *Aux autres partenaires : cela concerne les thérapeutes ou les réseaux de soins et de santé sociale à la sortie du patient (V.1 et V.2), par l'intermédiaire de la fiche de liaison et du compte rendu de fin de traitement. »¹¹⁰⁰*

¹¹⁰⁰ Ibid., p. 22, s.

Pour avoir plus d'informations sur le dossier du patient en soins d'ergothérapie, le document de l'ANAES, « *Le dossier médical du patient en ergothérapie* » du Service des recommandations et références professionnelles, élaboré en mai 2001, apporte plus de connaissances sur les conditions, les modalités, et son circuit organisationnel.

En revanche, pour comprendre les conditions d'accès au dossier, il serait mieux de consulter l'œuvre intitulée : « *Le dossier médical du patient et ses modalités d'accès* »¹¹⁰¹, qui s'intéresse à la gestion du dossier médical du patient en général puisque le dossier du patient en ergothérapie complète celui-ci et il est régi par le régime général de santé. Il indique toutes les conditions et la durée d'archivage, les modalités d'accès et de destruction et les motifs de communication aux ayants droit et autres.

Conclusion du Chapitre II

En guise de conclusion, notre travail a pu constater, tout au long de ce chapitre, que le théâtre franchit la zone de travail des ergothérapeutes à des fins de soins médicaux. Il est possible de voir également que leur travail initial consiste, selon l'ANFE et le décret du 29 juillet 2004¹¹⁰², en une activité paramédicale participant au processus de santé du patient souffrant de troubles de fonctionnement dans sa vie quotidienne pour assurer d'une part, sa rééducation et sa réadaptation et, d'autre part, son intégration ou sa réintégration sociale. Il a de surcroît la possibilité d'intervenir dans plusieurs activités comme la psychiatrie, la traumatologie, la neurologie et aujourd'hui il participe aux assises théâtrales à finalités de soins.

Dans cette étude, notre travail consistait à comprendre comment l'ergothérapeute analyse les signes cliniques exposés par le malade et comment il est capable de remarquer toutes sortes de comportements problématiques lors de l'exercice.

C'est également possible de voir que le comédien ergothérapeute cherche avant tout, toutes les approches capables de déterminer les comportements douteux du malade en commençant par ses antécédents d'une part, et, d'autre part, par chercher à comprendre comment ils se déclenchent et envisage les éventuelles conséquences.

Son intervention est donc sollicitée pour réactiver les différentes parties déficitaires et pour diminuer les facteurs favorisant l'inadaptation fonctionnelle. Notre travail confirme aussi que cet exercice est accompagné par le programme IPT¹¹⁰³ pour la « *remédiation* » cognitive tantôt à base d'entraînements des fonctions neurocognitives, tantôt à base des techniques de remédiation cognitive qui développent les habilités sociales. Il est possible de constater que d'autres programmes participent dans cet exercice comme c'est le cas du programme RECOS¹¹⁰⁴ ou celui du PRACS¹¹⁰⁵.

¹¹⁰¹ Hassani Mze Hamadi AHAMED YOUSOUF, « *Le dossier médical du patient et ses modalités d'accès* », *op. cit.*

¹¹⁰² Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code Les dispositions réglementaires des parties IV et V du Code de la santé publique font l'objet d'une publication spéciale annexée au Journal officiel de ce jour (voir à la fin du sommaire). JORF n°183 du 8 août 2004 page 14150, texte n° 5.

¹¹⁰³ Victor ROLLAND « *Réinsertion sociale et schizophrénie : Utilisation d'un programme de remédiation cognitive par l'ergothérapeute* », *op. cit.*

¹¹⁰⁴ *Ibid.*, p.15.

¹¹⁰⁵ *Ibid.*, p.16.

En un mot, l'ergothérapeute a les compétences acquises, selon l'ANFE, et il a le droit d'envisager des activités de soins de types rééducation et réhabilitation psychosociale dans les établissements de soins.

Conclusion du TITRE I

En partant de l'idée que les acteurs dramatiques travaillant à l'hôpital précisent que certaines personnes sont fixées et même emprisonnées dans leur rôle social du fait de la pression du milieu dans lequel ils passent leur vie quotidienne, notre travail a pu démontrer que c'est à partir de l'invention, du courage et de la création que le théâtre arrive à changer les conduites sociales des personnes pratiquant cet exercice et leurs comportements.

Durant cette étude, notre travail cherchait à savoir comment l'art théâtral pratiqué par l'ergothérapeute est thérapeutique et en quoi la pratique du comédien, de l'art-thérapeute ou celle du rééducateur ou de l'ergothérapeute se différencie bien qu'ils utilisent tous le même moyen, le théâtre.

Ainsi, il est possible de constater dans la plupart des ateliers que certains participants enfants, adultes et personnes âgées, n'avaient pas le désir de participer à ce genre d'activités mais les rééducateurs envisagent tout le temps, des méthodes pour stimuler les participants qui n'avaient plus de motivation d'épanouissements, de développements et de croissances et aboutir à de réels changements.

Cependant, cette étude montre encore que la création ou l'innovation à l'hôpital vise indirectement la question du droit d'auteur pour les malades mentaux puisque cette problématique n'a toujours pas eu de réponse du législateur.

Toutefois, notre travail a encore constaté que le théâtre à l'hôpital présente une grande différence entre le travail artistique appelé travail externe et le travail éducatif appelé travail interne. C'est pourquoi il est nécessaire de demander au législateur de définir et de séparer le travail de chacun pour empêcher toute sorte de conflit.

Pour conclure, cette étude affirme que l'artiste psychothérapeute au sein de l'hôpital renforce l'activité réservée aux actions pour la reconstruction identitaire du patient.

Enfin, pour terminer la deuxième partie, il est nécessaire d'aborder en Titre II, (Acte II) : « *Le théâtre comme projet de socialisation du patient* ».

TITRE II / (ACTE II) -

LE THÉÂTRE COMME PROJET DE SOCIALISATION DU PATIENT

*« Le transfert donne, à partir de cet instant,
un sens au cadre dans lequel il se joue.
Aider le psychotique à sortir de son abîme,
c'est aussi le confronter à l'absolue nécessité
d'éprouver dans la réalité le vécu de ses émotions. »¹¹⁰⁶*

Le théâtre à l'hôpital se démarque par son utilité dans le soin du patient et après le traitement envisagé. Bien que sa pratique occupe une place prépondérante dans les établissements de soins depuis quatre décennies et qu'elle est reconnue dans le processus de soin du patient, elle n'est toujours pas obligatoire dans la politique de santé publique. Bien que le théâtre ait maintenant une grande influence ou une place prépondérante dans le dispositif du « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹¹⁰⁷, il semble que le système hospitalier soit toujours réticent à laisser largement l'espace hospitalier à l'art de Molière pour mener un projet théâtral avec les patients dans le but d'assurer un accompagnement aux soins.

L'activité dramatique joue encore un rôle important dans la socialisation du patient sous différentes formes. Elle est sous forme de jeu d'apprentissage, de rééducation, de réalisation et de représentation avec différentes méthodes et moyens et enfin selon le public visé. Dans le projet de socialisation, l'art dramatique met les patients et tous les participants dans une situation fictive pour les faire réagir.

Les ateliers s'inspirent toujours de techniques d'acteurs et finiront par une représentation en public. En principe, le projet théâtral n'est pas un objectif en soi, c'est un outil facilitant l'apprentissage et aide les patients : bébés, enfants, jeunes, adultes, personnes âgées, parents ou publics à retrouver du sens dans leur vie quotidienne.

Avant de commencer le projet, l'acteur en charge de soins doit définir les objectifs recherchés, car cet art est inépuisable en termes d'activités. Ici, trois grandes catégories d'activités visent des objectifs scientifiques :

- les objectifs attachés à l'apprentissage fondamental ;
- les objectifs spécifiques liés à l'enseignement esthétique ;
- les objectifs liés à la socialisation ou resocialisation du patient ;

À ce niveau, le maître du jeu initie le dispositif didactique en trois grandes activités : l'exploitation, les différents jeux dramatiques et enfin la réalisation de la pièce en public. La première recouvre les activités de jeux sensoriels, de relation, d'écoute, de gestuelle et de la voix. La seconde consiste en une mise en situation fictive pour inciter l'individu à réagir. Toutefois, les situations proposées sont issues du thème faisant l'objet de la représentation finale. La troisième et dernière activité se base sur la progression des effets produits sur les participants par le plaisir de jouer et celui de représenter le scénario devant le grand public.

Ces activités en groupe ou en individuel rentrent dans le cadre de la socialisation dès le début de la séance, jusqu'à la fin de la représentation en public. Il y a bien sûr des règles à

¹¹⁰⁶ Patricia ATTIGUI, « *De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique, Jeu, transfert et psychose* », L'espace analytique, Collection dirigée par Patrick GUYOMARD et Maud MANNONI, *op. cit.*, p. 20.

¹¹⁰⁷ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

respecter permettant aux participants de se dégager d'un vécu injuste, violent et persécutoire pour adopter en conséquence un comportement visé et avoir un consentement au partage, affirmer sa présence. Le travail d'atelier est toujours finalisé par une représentation du spectacle demandant la présence d'un tiers, le grand public, qui aura pour rôle d'évaluer le travail exercé pendant des mois et des mois. Les patients auront à jouer à faire semblant, mais le grand public ressentira aussi à travers ce semblant ce qui est mis réellement sur la scène par exemple un jeu de découvertes, de miroirs ou de marionnettes. Sous cet angle d'observation, Patricia Attigui affirmait dans le même ouvrage¹¹⁰⁸ qu'il n'est demandé au patient que de traverser la nécessité de l'incarnation et de se permettre de répondre à l'essentiel de ce que l'art de Molière peut faire en tout un chacun. Tout au long de l'exercice, le patient incarne dans sa théâtralisation un personnage en tant qu'acteur, adopte une attitude correcte et opte pour le représenter en public en mobilisant les expressions physiques, émotionnelles et psychiques. À travers ces jeux, le patient expérimente son vécu interne et observe son présent en y mettant des mots et se laisse relire par le public à travers ses sentiments émotionnels. « *"L'identification ludique qui, elle, est consciente, permet au sujet d'endosser un rôle qui l'amène à questionner le système d'identifications inconscientes dont il est constitué." L'expression personnelle, par l'entremise de consignes données par le comédien, permet aux enfants de lever des inhibitions visant à contrôler leur agressivité et le regard des autres et leur ouvre la voie du plaisir à oraliser et à se mouvoir avec des enveloppes de mots et de personnages. D. Anzieu parle d'un miroir sonore ou d'une peau auditivo-phonique.* »¹¹⁰⁹

Comment le théâtre peut-il mener un projet de socialisation du patient en soins psychiques ? Quels sont les méthodes et les moyens mis en place pour faciliter la socialisation du patient psychotique ?

Pour bien développer et bien comprendre le dernier Titre II de cette recherche, le Chapitre I / (Scène I), « *Jeu de rôle : création et développement* » fournira plus d'éclairage à l'exécution du projet ainsi que le Chapitre II / (Scène II), « *La réalisation du théâtre dans les établissements de santé* », affinera et enrichira cette étude.

¹¹⁰⁸ Patricia ATTIGUI, « *De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique, Jeu, transfert et psychose* », L'espace analytique, Collection dirigée par Patrick GUYOMARD et Maud MANNONI, *op. cit.*

¹¹⁰⁹ Gérard CHIMISANAS, « *L'atelier théâtre* », *Empan* 2007-2, n°66, p. 157-162., p. 2

CHAPITRE I / SCÈNE I – JEU DE RÔLE : CRÉATION ET DÉVELOPPEMENT

« *"Et si la vie entière de l'être humain n'était qu'une partie dont lui-même serait à la fois le joueur, le jouet et l'enjeu ?"*,
HELIAS Pierre Jakez (1992), sous le signe du jeu. »¹¹¹⁰

L'utilisation du jeu de rôle comme outil pédagogique dans le cadre de soins du patient incite à réfléchir sur le lien développé entre le patient, le groupe thérapeutique avec le psychodrame et le sociodrame. Cette étude va donc rechercher les spécificités de cet outil en partant de l'activité du jeu de rôle dans plusieurs domaines sociaux et professionnels.

Le comédien aura donc à participer en tant que praticien du psychodrame et du sociodrame d'une part, et, d'autre part, en tant que maître du jeu, animateur artistico-thérapeutique. La littérature française propose, sous plusieurs angles, certaines activités du jeu de rôle. Elles sont reconnues à partir de deux genres littéraires : des livres et des articles scientifiques et/ou des fiches techniques et des exercices pratiques proposant en masse des thèmes du jeu de rôle étudiant très largement la relation humaine, l'affection, la créativité, l'expression corporelle et psychique. Une partie de l'étude s'intéressera aux origines de ces différentes démarches ou types de jeux de rôle proposés dans les établissements de soins. « *Faisons simplement ici l'hypothèse que l'influence du "role-playing" américain, issu directement du psychodrame morénien, si elle est importante, n'est pas unique, que d'autres influences parfois très anciennes sont à rechercher du côté du théâtre (dont le psychodrame est lui-même issu), des "jeux de société", du carnaval et des "jeux de déguisement", de la formation des dirigeants politiques, etc. Le second type de littérature ("technique" ou "pratique") offre la particularité de faire entièrement l'impasse sur le maniement de l'outil, sur la formation nécessaire pour l'utiliser, et sur les conditions et la nature de l'exploitation du jeu. Seul, l'argument du jeu, quelquefois les procédures, semblent avoir une quelconque importance. L'impression qui se dégage de cette présentation est que le jeu serait formateur en lui-même, la formation se réduisant alors à une sorte d'entraînement.* »¹¹¹¹

Le jeu de rôle constitue alors le seul moyen ou artifice permettant de rassembler dans le temps un ensemble d'expériences encourageant et accélérant le processus de création et de développement. C'est pourquoi ce chapitre essaiera d'expérimenter la création du patient et son développement à travers le jeu de rôle en mettant un éclairage sur trois méthodes :

- « - Un éclairage fonctionnel posera la question des objectifs spécifiques du jeu de rôles ;
- un éclairage méthodologique examinera les différentes possibilités de séquences et la manière dont l'animateur pourra utiliser la préparation et la conduite du jeu pour mettre en œuvre ses objectifs ;
- un éclairage sémantique, autour de l'exploitation possible du jeu, introduira la question du sens, de la recherche des significations de ce qui a été joué. »¹¹¹²

¹¹¹⁰ Stéphane DANIAU, « *Jeu de Rôle Formatif et maturation des adultes - Co-recherche-action-formation et approche écobiosychosociale* », domain_stic.educ. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2005, p.2.

¹¹¹¹ Jean-Pierre OBIN, « *Objectifs et techniques du jeu de rôle en formation* », compte-rendu du 3^e congrès des enseignants d'expression communication, Paris, 1980, p. 3, s.

¹¹¹² *Ibid.*, p. 4.

Pour bien la mener, cette recherche, qui s'appuie sur des expérimentations des sujets humains, des personnes vivantes, demande le respect de certaines règles :

- le respect de l'anonymat s'impose dans les différents témoignages rapportés à cette recherche et attribués aux participants des ateliers pour interprétations durant les périodes de créations artistiques ;
- le groupe doit respecter les discours des patients, les propos tenus comme témoignages doivent être soumis à l'approbation des groupes de travail ;
- le patient doit éviter pendant son jeu, lorsqu'il incarne son personnage, de s'approprier l'histoire mise en scène.

Les approches méthodologiques concerneront l'extrême complexité du jeu pour arriver à la création et au développement du patient en exploitant trois des différentes facettes de l'identité humaine : biologique, psychologique et sociologique tout en cherchant leur lien avec l'environnement, c'est-à-dire son écosystème. Dans chaque atelier, ces éléments seront pris en compte pour évaluer la création et l'évolution du patient.

La question centrale de l'activité dramatique est de savoir si la pratique du jeu de rôle au sein des établissements de soins psychiatriques permet d'accéder à un bon niveau de socialisation ou resocialisation du patient.

Par ailleurs, cette problématique comporte plusieurs interrogations spécifiques liées aux domaines de recherche. Par exemple : quelles formations initier, pour quels publics, dans quelles conditions et pour quels objectifs fixés ?

Il est impossible de parler du jeu de rôle sans parler de ses éléments constitutifs qui sont les ressources de la culture. Jeu et culture sont indissociables et en principe, ils interagissent ensemble. Il est impératif que chaque jeu de rôle s'inspire de l'environnement des participants et qu'il soit un des facteurs d'inspiration pour leurs évolutions et l'expérimentation du groupe.

Ce travail de recherche est réparti en deux grandes sections : « *Les définitions possibles du mot jeu et ses termes attachés* », en Section I, et en Section II, « *Le jeu de rôle : un système d'apprentissage* ».

SECTION I - LES DÉFINITIONS POSSIBLES DU MOT JEU ET SES TERMES ATTACHÉS

De prime abord, le 21^e siècle est reconnu comme le siècle représentant l'expansion en masse de la vie culturelle. La société pratique beaucoup des loisirs et donne une grande considération ou importance au jeu.

Avant les années soixante-dix, la société s'est concentrée sur le développement, sur l'amélioration et sur l'évolution de la vie au détriment du jeu qui était considéré à cette époque comme une activité inutile, minime, sans valeur et régressive. Ce n'est qu'à partir des années quatre-vingt-dix que le jeu attire l'attention de la société et devient petit à petit un facteur indispensable de l'économie et un domaine important de la vie humaine. C'est pourquoi il intervient dans la vie éducative de l'enfant, dans la vie économique des jeunes, mais aussi dans celle des personnes malades pour l'amélioration de leurs soins et de leurs conditions de vie. Il aide au développement et à la recherche de l'identité de l'individu.

Actuellement, il est considéré comme une activité de socialisation, d'intégration et de motivation qui permet à l'individu d'apprendre les facteurs d'interactions humaines. Il participe aussi à la communication et à l'échange entre patient et soignant, entre l'enfant et l'adulte, mais aussi entre le joueur et l'entraîneur.

Avant de définir le jeu, il convient de définir le joueur car c'est à partir de la définition du joueur qu'apparaît la définition du mot jeu. Le joueur visé ici est l'homme. Ce dernier connaît plusieurs définitions. Il a donc fallu assimiler l'homme dans sa nature et dans son environnement pour pouvoir sortir réellement l'homme dans ses traits.

Des grandes figures de l'histoire comme Johan Huizinga, historien néerlandais, spécialiste de l'histoire culturelle, définit l'homme dans son jeu et sur l'importance de l'acte de jouer dans son ouvrage intitulé *Homo ludens*¹¹¹³. Il assimile l'homme et son activité culturelle, *homo ludens*, l'homme dans le jeu. Il recherche la dimension ludique de l'individu dans sa vie humaine.

D'autres disent que le jeu signifie qu'il est égal à non sérieux, il y a dans celui-ci, du plaisir en se défoulant et de la dépense d'énergie en jouant. Mais Johan Huizinga s'oppose à cette idée et il affirme que l'homme peut jouer en s'engageant de manière tout à fait sérieuse.

Le jeu est donc « *une action libre, sentie comme fictive, et située en dehors de la vie courante, capable néanmoins d'absorber totalement le joueur ; une action dénouée de tout intérêt matériel et de toute utilité ; qui s'accomplit en un temps et dans un espace expressément circonscrits, se déroule avec ordre selon des règles données et suscite dans la vie des relations de groupe s'entourant volontiers des mystères ou accentuant par le déguisement leur étrangeté vis-à-vis du monde habituel.* »¹¹¹⁴

Il y a du jeu lorsqu'il y a une activité ou une action libre et non commandée, superflue, virtuelle, parfois gratuite, limitée dans l'espace et dans le temps, avec une possibilité de le refaire, avec des règles du jeu, des tensions, mais aussi lorsqu'il y a des communautés de joueurs, des compétitions et enfin des réussites. Il peut être défini comme toute activité qui a une relation avec l'extérieur avec une incertitude et un contexte, un support et une attitude ludique.

Le rôle désigne ici plusieurs dimensions liées à des droits et des devoirs : un statut, un support comme un texte d'un personnage de l'art dramatique, une institution, une projection fantasmée et désincarnée, une manière d'être, une interprétation, une fonction exercée selon un contexte défini et enfin un aspect à développer.

Cette recherche parle d'un jeu de rôle : toute une activité libre dans laquelle chaque individu joue individuellement ou collectivement le rôle d'un personnage imaginaire ou réel prédéterminé dans une situation définie, dans une représentation théâtrale à des fins thérapeutiques comme le psychodrame et le sociodrame qui invitent les patients à travailler sur des rôles et à observer les autres jouer et à tour de rôle. Il a comme but principal la formation, la sensibilisation, l'éducation, l'information et la rééducation ainsi que la préparation des participants à incarner leur vie quotidienne et à préparer la vie sociale.

Au-delà de ces notions, d'autres termes enrichissent la définition du jeu de rôle tels que la langue, la poésie, le droit, la religion, l'imagination, la culture et d'autres.

¹¹¹³ Johan HUIZINGA, « *Homo ludens, essai sur la fonction sociale du jeu* », Gallimard, France, 1988.

¹¹¹⁴ *Ibid.*, p. 31.

Pour mieux cerner le jeu de rôle, il est important d'étudier *Le jeu source de culture et de société* en Paragraphe 1 et *Le problème d'écriture ou de précision entre jeu de rôle et jeu de rôles* en Paragraphe 2.

PARAGRAPHE 1 - LE JEU SOURCE DE CULTURE ET DE SOCIÉTÉ

Il est jusqu'aujourd'hui difficile de séparer le jeu et la culture du joueur ainsi que sa société ou son environnement. Laurent Di Filippo explique dans son article que : « *Johan Huizinga (1938:112) écrit que la culture ne naît pas en tant que jeu, ni du jeu mais dans le jeu.* » Pour lui, notamment dans son aspect agonale de compétition, le jeu est une des composantes à la base de toute culture. »¹¹¹⁵ La question est de savoir comment peut définir le terme culture selon l'angle de Johan Huizinga par rapport aux soins du patient. Tout d'abord, il faut comprendre que son usage varie dans l'espace géographique, dans le temps et dans la société impliquée. Il est quasiment impossible de pouvoir définir ce terme sans s'interroger sur la définition qui a été donnée par Johan Huizinga. En revanche, il faut au départ poser le problème de la tradition puisque celle que vivait cet auteur n'est pas celle que vit le chercheur français. « *Bien entendu, la traduction du néerlandais au français pose un premier problème. De plus, dans Homo Ludens, à aucun moment cette question n'est posée clairement de cette façon – ce que note aussi Thierry Wendling (2000:29). Heureusement, ces deux obstacles peuvent être surmontés, car c'est l'un des sujets que l'auteur traite dans deux autres ouvrages, Incertitudes (1935) publié avant Homo Ludens, et À l'aube de la paix (1945), qu'il écrit juste après. L'auteur y détaille ce qu'il entend par culture et civilisation, deux termes dont les sens se recouvrent dans son propos. Il est donc possible de comprendre à quoi ces termes renvoient sous sa plume. Sa pensée restant cohérente entre les deux volumes, on peut en déduire qu'il n'a pas eu une vision différente lorsqu'il écrivait son ouvrage sur le jeu, et plusieurs points s'y trouvant vont le confirmer.* »¹¹¹⁶

Selon son ouvrage intitulé *La Crise de la civilisation*, dans un chapitre consacré aux conditions essentielles de la culture, il résume celle-ci en disant que la culture exige un certain équilibre entre les valeurs matérielles et spirituelles de la société ou de la personne concernée.

« *"Cet équilibre permet le développement d'une disposition sociale qu'on estime supérieure et plus élevée que ne l'est la simple obtention du nécessaire ou la satisfaction de l'ambition." (ibid.:43). L'auteur refuse de "considérer [...] comme culture les civilisations primitives, ou inférieures ou plus grossières" (id.), mais il ne veut pas non plus "tomber dans une admiration exclusive des civilisations déjà très avancées ou dans la surestimation d'un facteur culture unique, que ce soit la religion, l'art, le droit, le pouvoir politique ou autre chose" (id.). Selon lui, il faut qu'il y ait une forme d'"harmonie des fonctions culturelles." (id.). Bien qu'il s'intéresse aux changements culturels et qu'il désigne certaines sociétés comme inférieures, son approche n'est pas celle d'un évolutionnisme strict et unilinéaire comme on a pu le trouver au XIX^e siècle. Cependant, il prône bien l'idée qu'un développement doit s'opérer pour conduire à une forme d'équilibre que constitue la culture et qui doit faire sortir les sociétés d'un état d'origine primitif.*

¹¹¹⁵ Laurent DI FILIPPO, « *Contextualiser les théories du jeu de Johan Huizinga et Roger Caillois* », Presses universitaires de Lorraine, *Questions de communication*, 2014, mis en ligne le 1^{er} juillet 2016, p. 8.

¹¹¹⁶ *Ibid.*

"Le deuxième trait fondamental de toute culture, c'est qu'elle doit comporter une aspiration." (ibid.:44). L'auteur entend par là une "direction vers un but, un idéal de toute collectivité." Il ajoute : "Que le but final se situe dans l'au-delà ou dans le proche avenir terrestre, dans la sagesse ou le bien-être, la condition pour le poursuivre ou l'atteindre sera toujours la sécurité et l'ordre. La tendance naturelle de toute culture comporte toujours impérieusement le maintien de cet ordre et de cette sécurité. [...] L'aspiration vers une culture quelconque se manifeste toujours dans de nombreux systèmes d'autorité et de droit." (ibid.:45). Toute culture doit donc s'accompagner d'un certain nombre d'orientations qui doivent être garanties par ses institutions. L'aspect ordonné de la culture se retrouve dans le jeu qui est à son fondement. À ce propos, dans *Homo Ludens* (Huizinga, 1938:114-129), on retrouve un chapitre, intitulé « Le jeu et la juridiction », sur les liens entre les jeux et le droit déjà annoncés dans le premier chapitre.

Enfin, la troisième condition : "Qui dit culture dit domination de la nature." (Huizinga, 1935:45). Par cela, l'auteur entend non seulement la nature comme environnement, mais aussi "la nature de l'homme" (ibid.:47) afin de saisir "certaines obligations qui lui incombent." (id.). La culture est donc le dépassement d'une condition initiale. "L'obligation s'étend bientôt sous forme de tabous, de conventions, de règles de conduites, de cultes. L'emploi facile du mot tabou a conduit en de nombreux milieux à sous-estimer le caractère matérialiste du sens éthique des soi-disant civilisations primitives." (id.). Bien qu'utilisant ce terme en référence à l'école française de sociologie, il en condamne l'abus : "Encore laissons-nous de côté la tendance sociologique qui, pour juger tout ce qui s'appelle droit, morale, crainte de Dieu, verse le tout dans un récipient étiqueté "tabou" avec une légèreté toute moderne, même lorsqu'il s'agit d'une culture déjà développée." (id.). Johan Huizinga récuse l'amalgame entre certaines sociétés primitives et des sociétés plus avancées qui s'appuie sur l'usage de concepts génériques appliqués à toutes les formes de vies sociales. »¹¹¹⁷

Dans cette architecture ressort la notion des normes de jeux à respecter durant l'activité. C'est dans ce sens-là que le patient acceptant de participer dans les ateliers dramatiques est toujours soumis à des règles à respecter comme tout participant.

A] LE JEU ET LA LOI OU LA LOI ET LE JEU ?

Le jeu dans l'espace constitue un phénomène culturel et sociétal. Le néerlandais Johan Huizinga expliquait et démontrait par des preuves que le jeu est lié à tous les aspects de la vie quotidienne de chaque société. Par exemple : chaque patient examiné a une culture à respecter, une religion, et une manière de vivre que le comédien thérapeute doit toutes mettre en question avant de décider le type de projet dramatique et thérapeutique à engager.

Pourquoi « le jeu et la loi ou la loi et le jeu » dans cette partie ? Cette interrogation apporte deux axes d'observation. D'une part, cette recherche est issue du domaine d'études de droit, le lien juridique entre le jeu et la loi intéresse donc le chercheur pour illustrer le travail, d'autre part, dans certaines expérimentations effectuées dans les institutions de santé, il y avait des participants passionnés par le domaine juridique et ils choisissaient des thèmes qui

¹¹¹⁷ Ibid., p. 9, s.

ont un rapport avec la loi, soit pour réclamer leurs droits, soit pour dénoncer certaines anomalies du système juridique ou pour imiter les hommes de la cour – du tribunal. C'est pourquoi l'avocate au barreau de Bruxelles et au cabinet « *Berenboom et associés* », Ariane Joachimowicz a essayé de démontrer le lien qui existe entre le droit et le théâtre. Elle expliquait que beaucoup d'artistes « *oublent d'obtenir de nécessaires autorisations et s'abstiennent d'effectuer certaines démarches ou formalités, ce qui leur vaut de mauvaises surprises. Ainsi, Pascale Fonteneau a-t-elle été particulièrement choquée d'être exclue du chômage parce qu'elle avait écrit un roman alors qu'elle bénéficiait d'allocations. Au moment où elle l'a rédigé, elle ne s'imaginait pas un seul instant qu'il allait être publié, même si elle en rêvait secrètement.*

Maurice Béjart n'a pas apprécié d'être accusé de plagiat pour avoir repris, dans sa chorégraphie du Presbytère, un extrait du spectacle de Frédéric Flamand La Chute d'Icare, où l'on voit un danseur portant des ailes traverser la scène, des moniteurs vidéo aux pieds. Samuel Beckett s'est opposé, au nom de son droit moral, à ce que sa pièce En attendant Godot soit jouée par des femmes. De même, l'héritier du dramaturge Bernard-Marie Koltès s'est opposé (en vain), au nom du droit moral de l'auteur, à la représentation de la pièce Retour au désert à la Comédie-Française, au motif que le comédien qui incarnait le personnage d'Aziz n'était pas arabe ou algérien... On le voit, le droit s'immisce parfois dans le théâtre. La connaissance de certaines notions juridiques de base aurait peut-être permis aux protagonistes d'éviter les affres d'un procès. »¹¹¹⁸

Dans la pratique du théâtre à l'hôpital un patient faisait apparaître à travers son jeu de rôle un sentiment de regret parce qu'il ignorait la loi sur certains actes ou faits. Parfois, c'était pour véhiculer du remords ou du mépris selon la manière dont il veut transmettre ses émotions. Les attaques contre des hommes de loi ne manquaient jamais : contre la loi elle-même ou le législateur ainsi que contre les avocats et même les magistrats. Chacun d'eux essayait de trouver à ses problèmes un rapport avec la loi et le système juridique. C'est dans ce sens-là que cette recherche a jugé utile d'observer le rapport entre le jeu et la loi ou inversement.

Par exemple ceux qui choisissent le procès juridique en tant que sujet d'étude thérapeutique. Ici, le jeu du procès juridique est transformé ou prend la forme d'un match. Il y a la loi comme moyen d'arguments dans la mise en scène, mais aussi il y a des règles à respecter. Les participants gardent en eux une attitude sérieuse et ils recherchent dans la relation ou dans le rapport du sujet, les intérêts dans lesquels chaque partie aura à se défendre soit individuellement ou collectivement.

Des patients qui participaient aux ateliers¹¹¹⁹ de Bachirou M'houmadi discutaient sur la polygamie et le choix au mariage. Les traditionnalistes défendaient l'idée que ce sont les parents qui doivent choisir les époux et les épouses de leurs enfants puisque c'est ainsi la tradition. Il en est de même dans la religion musulmane puisque ce sont les parents qui décident à la place de leurs enfants. Un autre point de vue était avancé par Malha S., une jeune mère qui souffrait de troubles psychiques. Elle disait que « *Si on reste dans ce mode traditionnel qui est bizarre chez les jeunes, sans leur offrir la possibilité de choisir leurs*

¹¹¹⁸ Ariane JOACHIMOWICZ, « *Droit et théâtre : aspects juridiques de la création et statut de l'artiste* », Études théâtrales, vol., 62, no. 1, 2015, pp. 7-12.

¹¹¹⁹ Bachirou M'HOUMADI, *Atelier théâtre et santé*, Centre Hospitalier Communautaire d'Ikoni, Comores, session août 2018.

conjoints eux-mêmes, ils ne vivront jamais en paix puisque dans la famille d'aujourd'hui, la femme contribue au foyer aux paiements des factures et aux loyers et j'en passe... les histoires d'une femme au foyer c'est fini, on n'en parle plus ou il existe peu. Avant c'était l'homme qui assurait la responsabilité de la famille tout seul mais ce n'est plus le cas aujourd'hui. On doit laisser nos enfants faire leur choix et arrêtons de les imposer nos choix »¹¹²⁰. Elle précisait pourquoi les jeunes d'aujourd'hui gardent encore le silence et ne contestent pas de façon très ouverte. Elle insistait sur ses propos en disant « Les jeunes du troisième millénaire n'acceptent plus vos intentions mais ils ne le manifestent pas expressément non pas par inquiétude ou angoisse mais par respect de leurs vieux ou de leurs anciens c'est tout. »¹¹²¹

Un autre participant posait une question concernant la polygamie en pointant du doigt le Code de la famille comorien. Il disait : « *Je veux savoir réellement qu'en est-il du côté de la loi ; puisque la loi occidentale nous interdit d'avoir plusieurs mariages à la fois contrairement aux normes prescrites par le Code de la famille comorien qui donne aux hommes la possibilité de se marier et remarié jusqu'à quatre épouses à la fois et lorsqu'il désire contracter un nouveau mariage, il est tenu d'informer sa ou ses conjointe(s) de son désir de fonder un nouveau foyer, juste les informer »¹¹²². La réplique de la jeune mère, Malha S., c'était une réponse très osée car elle répondait en disant que : « *Le Code de la famille comorien est inspiré du Minhadj¹¹²³ et peut-être que les rédacteurs étaient uniquement des hommes. Je pense surtout qu'il s'agit de polygames »¹¹²⁴.**

En partant de cette analyse, le lien qui existe entre ces deux termes apparaît lorsqu'il y a une exécution de la loi d'un côté, et, d'un autre, lorsqu'il y a une observation de la ressemblance entre un jeu de procès juridique et un match. Il y a toujours l'envie de vouloir gagner et de ne jamais perdre, que ce soit dans un procès ou dans un match. Jadis, les Grecs traitaient les procès comme une compétition sportive avec une forme divine obéissant à des règles contraignantes dont les deux compétiteurs dépendaient du jugement de l'arbitre pour les départager. Il n'y a donc pas de raison de nier les caractéristiques du jeu dans le match. Ces mêmes critères compétitifs du jeu se trouvent naturellement dans la vie juridique.

1) Le jeu dans la culture

Tout d'abord, le jeu, en tant que source de motivations et de création du joueur, participe non seulement à l'évolution de la société, mais aussi de la culture. Cette dernière est attachée, selon plusieurs auteurs, à la civilisation où la culture et la civilisation se rejoignent sur l'idée que le processus de civilisation est une étape qui dirige le peuple vers une forme d'évolution et de sagesse.

L'historien Johan Huizinga poursuivait ses recherches sur le jeu et la culture et il affirmait que : « *Pour moi, il ne s'agit pas d'étudier la place du jeu parmi les autres phénomènes de culture, mais d'examiner dans quelle promotion la culture offre un caractère ludique [...] le jeu est envisagé comme un phénomène culturel et non pas comme une fonction*

¹¹²⁰ *Ibid.*

¹¹²¹ *Ibid.*

¹¹²² *Ibid.*, V., l'article 27 du Code de la famille comorien, adopté le 3 juin 2005.

¹¹²³ Le Minhaj as Salafi est un ensemble de textes qui reposent sur le Coran et la Sounnah authentique. La pratique du Minhadj est la religion de l'Islam pure, libérée de tout ajout, modification, diminution ou altération.

¹¹²⁴ Bachirou M'HOUADI, *Atelier théâtre et santé*, Centre Hospitalier Communautaire d'Ikoni, *op.cit.*

biologique. Il est traité avec les moyens de la pensée scientifique appliquée à la morphologie de la culture. »¹¹²⁵ Il précise par là que le fait de penser à des fonctions biologiques sous-entend que les activités de la société sont absolument régies par de différents mécanismes de types ou de formes de jeux. Dans l'activité sociale de l'être humain, il y a toujours des formes de jeux. Si l'être humain est considéré biologiquement socioculturel, ses activités sont par conséquent empreintes de sa culture et sont toujours influencées par elle et pareillement sur la dynamique et la transformation historique de la culture. La présence de l'influence de la culture dans le jeu est remarquée sur l'assimilation créative ou reproduction, la représentation interprétative des aspects macro-culturels du milieu social mise en étude. Le jeu a aussi une grande influence sur les jeunes et ces derniers forment un des facteurs principaux pour bouger et pour faire évoluer une société et sa culture.

a) Le jeu et la religion

Le jeu est-il présent dans les activités religieuses ? Comment est-il perçu ? Il est clair que le jeu est présent dans toutes les branches d'activités de la société. Il n'est pas seulement dans les activités de plaisirs, il est aussi présent dans les activités qualifiées de sérieuses comme ceux de cultes religieux. Sa présence respecte les trois caractéristiques du jeu :

- les activités de cultes sont sacrées, elles sont donc en dehors de la vie courante comme il a été bien déterminé dans la définition du jeu ;
- elles sont effectuées dans un espace bien précis et dans un temps bien déterminé ;
- elles respectent des règles bien définies, spécifiques et elles ont le sens d'activités sérieuses. Les caractéristiques du jeu sont : un temps déterminé, un lieu précis, et une règle à respecter. Ces éléments sont présents dans les activités de cultes.

Cette étude s'intéresse uniquement à la relation entre le jeu et la religion dans les activités de culte, mais elle n'étudie pas le côté des jeux interdits comme certains jeux de société tels que les cartes et les jeux d'argent.

Cette partie explique pourquoi certains comédiens en charge de soins du patient essayent de travailler sur des activités de culte pour motiver leurs affections envers le ou les malades. Ils fêtent ensemble dans les ateliers théâtres et ils mettent le patient concerné au-devant du sujet de travail. Il n'est pas forcément nécessaire que le ou les comédiens impliqués aient la foi dans l'activité mise en place, mais c'est uniquement pour accompagner le malade dans sa démarche de socialisation sans lui manifester des gestes ou des sentiments de mépris ou de répulsion. Le malade s'attache ; quel que soit son état, à ses valeurs religieuses et il demande à être écouté, entendu et accompagné dans ses besoins durant son hospitalisation.

b) Le jeu et l'art

Y a-t-il du jeu dans l'art plus particulièrement dans les actes coordonnés à l'hôpital en vue d'un apprentissage de la démarche de la socialisation du patient à travers l'art dramatique ?

¹¹²⁵ Johan HUIZINGA, « *Homo Ludens* », *op. cit.*, Avant propos, p. 12.

Il y a du jeu dans absolument n'importe quel art. Par exemple la peinture, la danse, la sculpture ou la musique : elles ne peuvent jamais être en dehors des principes du jeu. Tous ces arts sont organisés autour des artistes professionnels, mais aussi de l'improvisation des animateurs non professionnels. Là où il y a de la musique, il y a de l'art. Il est strictement indispensable de penser à la danse ou autres sans penser au jeu.

L'art aujourd'hui forme un monde spécifique regroupant toutes ces activités d'arts précités dans des performances particulières.

« L'analogie de l'art comme jeu nous amène à considérer d'un côté, l'art contemporain comme game, système de compétition réglé, qui forme un monde clos, et, de l'autre côté, des pratiques quotidiennes de l'art, informelles, rhizomiques, non hiérarchisées qui représentent un autre monde de l'art comme play, ouvert, qui correspond aux tentatives de confusion de l'activité artistique et l'activité ludique par les avant-gardes. Le jeu devait alors servir d'outil pour dépasser l'art en tant que travail et le placer au cœur de la vie. »¹¹²⁶

Ainsi l'art théâtral devient un modèle pour des projets esthétiques et des politiques de santé qui optent pour un changement ou un développement social. Le ludique est aujourd'hui présent dans l'expérimentation de la médecine contemporaine pour assurer la prise en charge des patients. Toutefois, il perd de son prestige puisque certains l'utilisent dans la compétition et il est soumis au marché. Ceci ne met pas en cause l'art architectural, une technique qui évolue dans la compétition et dans le marché, mais qui garde toujours ses critères de jeu.

Après avoir étudié les différents aspects du jeu et la loi dans la société et la culture, il est maintenant indispensable de chercher à connaître la valeur qu'il apporte au développement et à l'épanouissement de l'enfant qui joue.

B] QUE REPRÉSENTE LE JEU CHEZ L'ENFANT ?

Quelle est l'importance du jeu pour le développement l'enfant ?

Les artistes ont repris le concept de la médecine psychiatrique pour répondre à cette question en considérant que les jeux sont fondamentaux pour le bien-être de l'enfant et de son développement. La médecine considère l'idée selon laquelle l'enfant qui joue développe son habileté selon plusieurs angles : il réfléchit, il est capable de résoudre ses problèmes, il développe une bonne élocution, il a une facilité de coopérer, il développe ses capacités de souffle et de bouger son corps facilement.

Grâce au jeu, l'enfant apprend au cours de ses premiers pas à explorer et à jouer en répétant les mêmes choses tous les jours. C'est le cas par exemple lorsqu'un bébé joue avec n'importe quel outil pour servir de téléphone et pour essayer de parler et de communiquer avec ses parents, ses frères et sœurs et ses proches. Il y a ceux qui aiment jouer avec des blocs de tours dans le but de les faire tomber quelques minutes après. D'autres jouent avec la nourriture au moment de manger ou ils jouent avec des jouets comme des voitures, des robots en forme d'être humain et ils s'entraînent tous les jours. Ces entraînements leur permettent d'apprendre et de développer leur conscience et d'avoir confiance en eux. C'est donc ainsi que les enfants commencent à apprendre les choses, les objets et ce qu'ils peuvent en faire avec. Ils découvrent leur univers. Plusieurs comédiens intervenant dans les maternités

¹¹²⁶ Florent SCHMITT, « L'art comme jeu(x) », dans revue *ζ Interrogations ?*, n° 23. Des jeux et des mondes [en ligne], <http://www.revue-interrogations.org/L-art-comme-jeu-x> (Consulté le 2 novembre 2018).

expliquent que les petits outils des enfants aident de façon naturelle leur apprentissage. Les jeux de cache-cache, de devinettes ou de marionnettes incitent l'enfant à se rapprocher de la même manière dont les adultes apprennent la vie de tous les jours.

Le jeu participe à la socialisation de l'enfant via les jeux de société puisqu'il joint ainsi l'utile à l'agréable : le jeu les rend heureux et facilite leur apprentissage. En grandissant, l'enfant développe ses jeux par exemple le jeu de faire semblant ou d'improvisations. C'est pour montrer ce qu'il sait faire. Par exemple le jeu de téléphone, il prend n'importe quel matériel il le met à l'oreille et il se met à parler : « *Allo !* » ou « *papa ou maman, ça va* ». À travers ce geste, l'enfant montre que cet objet peut être un téléphone d'une part, et, d'autre part, il montre l'utilité du téléphone pour communiquer, pour parler aux gens. Le jeu est présent aussi dans sa volonté de faire rire les gens. En faisant semblant, l'enfant comprend le monde en utilisant des choses qu'il a apprises et qu'il a vues il y a déjà un moment. Pour la première fois, il fait le tri d'informations reçues, entre la réalité et l'imagination.

Lorsque le comédien met à la disposition des enfants un caisson rempli des briques de construction pour enfants et que l'un d'entre eux souhaite construire une maison, cela lui demande bien sûr de faire preuve de créativité, mais aussi de sa capacité à résoudre des problèmes lors de la création. Quand l'enfant observe ses jouets, il dégage directement dans ses émotions faciales ce qu'il ressent et ce qu'il pense, mais il dévoile aussi ce qu'il est capable de faire.

La question de la socialisation de l'enfant dans le jeu prend plus d'ampleur lorsqu'il commence l'école. Ici, il doit apprendre des jeux de société dont il doit respecter les règles et initier des stratégies, des logiques et un jugement moral pour pouvoir gagner. C'est le cas par exemple des jeux de tables : dominos, Labyrinthe, Monopoly, cartes et autres. Ce genre de jeux sont joués soit individuellement soit collectivement.

En principe, les jeux symboliques peuvent admettre des activités spontanées, réfléchies, libératrices, mouvementées, compensatrices et une maîtrise de l'espace, de l'environnement, mais aussi de l'expression d'un fantasme. Le jeu est pour l'enfant le lieu du désir, de conflits, d'apprentissage du langage et de manifestation de frustration.

1) Le jeu joue-t-il un rôle dans la psychologie de l'enfant ?

D'après l'expérience acquise lors d'une participation à certains ateliers, il est possible d'affirmer que le jeu participe à l'évolution psychologique de l'enfant et à son développement physique, comme il a été démontré par les différentes activités de jeux mises en place dans les maternités. Anna Freud développe l'idée selon laquelle le jeu est un excellent moyen d'observer l'évolution de l'enfant et d'apprendre à mieux le connaître. Le jeu constitue un passage nécessaire pour le développement de l'enfant. Il commence à stimuler les émotions de l'enfant sous forme d'une activité érotique avec le corps. Ce phénomène est remarquable lorsque l'enfant joue avec son corps au niveau de ses doigts, de sa bouche ou de sa peau ou bien celui de sa mère au travers de l'alimentation. Il est difficile de remarquer ce genre de jeux puisque dans le vécu de l'enfant, ces distinctions ne sont pas très affirmatives. La plupart des artistes disent que l'enfant cherche le corps de sa mère à travers ses jeux – la chaleur, la consistance, l'affection et l'odeur. Ainsi naît l'espace traditionnel de l'enfant investi à la fois de libido narcissique et de libido objectale, il sert encore de support à son ambivalence. Ces

activités sont schématiquement symbolisées de la manière suivante : l'enfant cherche ou aime des jouets qui lui permettront d'ouvrir et de fermer, d'ouvrir et de remplir, de vider et de fermer, de réunir et de désunir, mais aussi à toutes activités qui lui permettront de manifester ou de retrouver ses intérêts primitifs attachés aux organes de sens et à leurs fonctions. Lorsque l'enfant se contente de jouer à des jeux mobiles, ils sont bénéfiques à la croissance et au plaisir du mouvement et les jouets de construction l'aident à exprimer les tendances ambivalentes. D'autres jouets développent l'expression de la bisexualité psychique comme c'était le cas pour certains enfants soit dans un jeu de rôle solitaire, soit pour s'exhiber devant ses proches – l'objet œdipien –, soit pour exposer sur scène la problématique œdipienne dans un jeu de groupe – jeux collectifs – jeux de société. Le jeu s'achève sur le plaisir et la joie s'il est sorti vainqueur, comme il peut être triste s'exprimant par des dégoûts, des pleurs ou des refus de rejouer encore.

Le jeu a encore un rôle très important dans le comportement de l'enfant. Par exemple les aptitudes au jeu se convertissent en aptitudes au travail. Cette transformation est due à la secondarisation de la pensée : c'est le cas par exemple des hobbies ou des rêveries journalisés qui, parfois, peuvent fonctionner activement selon la personne. Ils laissent toujours une place à l'imaginaire, malgré l'intégration des comportements et la socialisation progressive par les jeux. Le psychologue et biologiste Jean Piaget (1896-1980) affirme par une théorie cognitive¹¹²⁷ que le jeu est le moyen le plus efficace de s'informer sur l'objet, mais aussi sur les événements. C'est à partir du jeu que l'individu ou l'enfant intègre sa pensée dans ses actions. De plus, il soutient et il encourage l'enrichissement de la connaissance et du savoir-faire. Jean Piaget classe l'évolution des comportements ludiques en trois périodes¹¹²⁸ selon les différents types de jeux. Tout d'abord la période sensori-motrice de 0 à 2 ans : dans cette période l'enfant ne joue que si l'objet est présent (jouer avec le corps). Ensuite la période de la pensée symbolique ou représentative qui va de 2 à 6 ans : ici l'enfant n'a pas besoin de l'objet pour jouer, il peut imaginer et jouer en faisant semblant. Dans ce cas, il joue avec son esprit. La dernière période, entre 7 à 11 ans, est appelée la période scolaire. Les jeux sont caractérisés par des règles et l'esprit de groupe. C'est une véritable institution sociale capable d'assurer la socialisation de l'enfant, mais aussi elle se transmet de génération en génération. À partir de là, le corps physique joue, mais le corps mental réfléchit à la manière de jouer.

a) L'étude de Donald Woods Winnicott sur la psychologie de l'enfant

Le médecin psychiatre et psychanalyste, Donald Woods Winnicott (1896-1971) affirmait dans ses analyses¹¹²⁹ que le jeu chez l'enfant commence entre le moment où il ressent le plaisir par la présence de sa mère et le manque du plaisir ou du déplaisir issu de l'absence de sa mère. Ce laps du temps constitue l'espace dit traditionnel ou potentiel de l'enfant. C'est ici que l'enfant fait preuve d'imagination et de création. Le manque ou le déplaisir l'oblige à penser à une activité mentale qui va se développer au fur et à mesure avec ses premières images fondées par des hallucinations de l'absence de sa mère ou de l'objet absent. Toutefois, si les hallucinations n'arrivent pas à lui redonner son plaisir, il va

¹¹²⁷ Source : Document issu d'un CD Rom : « *Jouer à l'école maternelle.... c'est apprendre* », Coll., Les outils de l'AGEEM

¹¹²⁸ *Ibid.*

¹¹²⁹ *Ibid.*

rechercher à l'extérieur d'autres choses pour remplacer et pallier les défaillances tout en transformant un manque personnel et relatif en une adaptation réussie.

Le même psychanalyste appuyait ses arguments par une hypothèse problématique en déclarant : « *Un bébé, cela n'existe pas* »¹¹³⁰. Il voulait dire par là qu'il est quasiment impossible de parler du développement affectif primaire de l'enfant dans la réalité sans avoir recours à son environnement. L'enfant ne peut jamais survivre seul, il faut toujours tenir compte du « *dualisme mère-enfant* »¹¹³¹. Cette affirmation déterminante laissa pendant longtemps ses collègues ébahis – étonnés. Donald Woods Winnicott a étayé cette affirmation en 1940 lors d'une réunion scientifique de la Société Britannique des Psychanalystes. Le « *dualisme mère-enfant* » dans l'espace traditionnel expérimente la plus grande partie du vécu de l'enfant et se projette ou perdure tout au long de sa vie. Cet espace permet à l'enfant d'identifier la réalité intérieure et la réalité extérieure. Au premier regard de l'enfant, ses besoins à l'adaptation de l'environnement sont nécessaires et ils dépendent aussi de l'exigence relative de ses fonctions d'activités mentales qui par la suite, deviennent capables de transformer l'environnement pour répondre à ses désirs en faisant un environnement parfait. Quand il commence à prendre confiance en soi, grâce à ses facultés de comprendre une situation déterminée, l'enfant évite, petit à petit, la présence de sa mère pour être parfait dans son maternage.

Au moment où l'enfant commence à se chercher et identifier d'autres moyens de plaisir, cette défaillance de l'adaptation devient non seulement profitable chez l'enfant, mais aussi chez sa mère. Son espace lui permet de comprendre que la présence de sa mère biologique n'est pas nécessaire pour jouer et pour s'épanouir bien qu'elle soit la mieux placée pour jouer et assumer son rôle.

Il y a un élément important à soulever dans le rôle du jeu dans la psychologie de l'enfant. Il développe son langage, mais cela n'est jamais possible qu'en tenant compte du milieu dans lequel il joue. Par exemple un enfant qui est né dans un milieu A et qui est transféré dans un milieu B, mais qui joue avec des enfants du milieu C. Quels seraient donc son attitude et son langage ? Le dernier milieu (C) qui est l'espace de fréquentation constituera la base, le fondement de ses attitudes et de son langage.

En 1949 Donald Woods Winnicott, dans ses exemples cliniques illustrant certains fantasmes et quelques souvenirs secondaires à l'expérience vécue, réelle de la naissance, avançait la théorie du *self* en disant : « *Avant la naissance, on peut avec certitude dire de la psyché (distincte du soma) qu'il y a un cours personnel (going along), une continuité de l'expérience vécue (continuity of experiencing). Cette continuité qu'on pourrait appeler les*

¹¹³⁰ Donald Woods WINNICOTT, « *L'angoisse liée à l'insécurité* », 1952, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, p. 200.

M. MASUD R. KHAN, collègue et ami de Donald Woods WINNICOTT date plus précisément l'anecdote. Cf. Donald Woods WINNICOTT, *La consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard, Coll., Tel., 1971, traduit par Claude MONOD, préface de Mohammed Masud RAZA KHAN, p. XXXIV.

Également repris par lui-même : Donald Woods WINNICOTT, « *La théorie de la relation parent nourrisson* », 1960, in *De la pédiatrie à la psychanalyse, op. cit.*, p. 361.

Donald Woods WINNICOTT, « *Le bébé en tant que personne* », in *L'enfant et le monde extérieur. Le développement des relations*, Paris, Payot, Coll. Science de l'homme, traduit par A. Stronck-Robert, 1972, p. 107.

¹¹³¹ Le « *dualisme mère-enfant* » concerne ici toute personne suffisamment autonome capable de prendre en charge un bébé. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de distinction entre mère biologique et celle ou celui qui élève l'enfant puisque ce dernier a toujours besoin d'être accompagné dans ses premiers pas.

débuts du Self est interrompue périodiquement par des phases de réaction à l'empiétement. Le Self commence à inclure des souvenirs [...] »¹¹³².

Par ailleurs, une vision critique de cette théorie du *self* est apparue dans un article publié en 1962, parlant de l'intégration du moi pendant toute la période du développement de l'enfant ou au cours de sa croissance. Il disait que : « *Le moi s'offre à l'étude bien avant que le mot "self" puisse s'appliquer. Le mot "self" apparaît après que l'enfant a commencé à se servir de l'entendement pour observer ce que les autres voient, éprouvent ou entendent, et ce qu'ils se représentent lorsqu'ils sont en présence de son petit corps* »¹¹³³. Dans cet angle d'observation, il y a non seulement la pensée de Donald Woods Winnicott, c'est-à-dire de situer chronologiquement son contexte, mais aussi de toujours garder l'idée éloignée de tout concept, la réflexion de l'autre invite par elle-même à un courant de pensée.

Donald Woods Winnicott résume l'adaptation « *dualisme mère-enfant* » avec l'expression : « *La préoccupation maternelle primaire* »¹¹³⁴. À travers cette avancée, elle permet de mieux comprendre le processus illusion et désillusion d'un côté, et, de l'autre, tous les phénomènes transitionnels qu'il a étudiés.

b) L'espace de la transition de l'enfant

L'idée de l'espace potentiel¹¹³⁵ ou traditionnel a une ampleur sur le plan psychique de l'enfant. Il se présente à la fois comme une réalité extérieure et une réalité intérieure sans soulever de contradiction entre elles. Il relie entre autres ces deux mondes et il forme par conséquent un monde nouveau en soi. Il invente le jeu ou il est l'espace de jeu entre la mère et l'enfant. C'est dans cet espace potentiel que se déploient et naissent la capacité créative et l'expression des capacités sur la langue. Il offre à l'enfant l'opportunité de réaliser des expériences fondamentales pour son intégration, sa socialisation et sa maturation. Il détient toutes les activités symboliques telles que, la culture, la langue ou le langage, le jeu, qui vont concourir à la réalisation de ses expériences précitées.

Donald Woods Winnicott considère cet espace comme un lieu de créativité¹¹³⁶, mais quand il parle de la capacité créative, il ne désigne pas les différents talents artistiques ou d'autres expressions créatives, au contraire, il se réfère à une coloration affective de comportements de la personne à l'égard de la vie. Il a ajouté l'idée selon laquelle cet espace est celui du thérapeute, du patient et du jeu, un lieu de travail d'analyse. C'est pourquoi l'analyste, le comédien et le psychothérapeute se contentent de cet espace pour mener leurs expérimentations. C'est ici dans cette zone de chevauchement qu'un changement est envisagé, car elle réunit le potentiel nécessaire pour initier un comportement. C'est un milieu d'influence et de co-construction entre le comédien thérapeute et l'enfant ou le comédien et le patient.

¹¹³² Donald Woods WINNICOTT, « *Les souvenirs de la naissance, le traumatisme de la naissance et l'angoisse* », 1949, in *De la pédiatrie...*, p. 132.

¹¹³³ Donald Woods WINNICOTT, « *Intégration du moi au cours du développement de l'enfant* », 1962, in *Processus de maturation chez l'enfant*. Développement affectif et environnement Paris, Payot, Coll. Science de l'homme, 1970, traduction anglaise : J. Kalamonovitch, pp. 9-10.

¹¹³⁴ Donald Woods WINNICOTT, « *La préoccupation maternelle primaire* », 1956, in *De la pédiatrie...*, op. cit., p. 288.

¹¹³⁵ Source : Document issu d'un CD Rom : « *Jouer à l'école maternelle.... c'est apprendre* », op. cit.

¹¹³⁶ *Ibid.*

Le jeu est chez l'enfant une activité sans règle (*play*)¹¹³⁷ et il se développe peu à peu et s'accommode avec le temps, le réel et ses impératifs pour se normaliser au jour le jour, par des règles (*game*)¹¹³⁸ à respecter.

Le *play* est créatif. Il compile dans son champ de travail les rêves et la vie de l'enfant, mais la tension pulsionnelle constitue une menace. Il est une des parties composantes de phénomènes transitionnels. Il a deux éléments fondamentaux : la concentration et préoccupation du patient – l'enfant qui s'y consacre. Le *game* désigne ici tous les moyens consacrés pour tenir à distance tout ce qu'il a pu organiser comme aspect effrayant du *play*.

Dans chaque jeu il y a du désir, l'envie de jouer et de gagner, mais aussi de l'angoisse, du stress et la peur de perdre. Toutefois, il est protégé par une infirmation ou un déni qui est toujours dans l'esprit du joueur : « *Ce n'est qu'un jeu, ce n'est pas pour de vrai.* » Il constitue un espace de liberté qui met les fonctions réparatrices en évidence. Il est comme un rêve éveillé. Il est l'espace donnant une possibilité de création sous les conditions de l'art de vivre d'une part, et, d'autre part, de la vie culturelle par la médiation du jeu et de l'espace traditionnel.

2) Le jeu de miroir : le rôle de la mère

Depuis le ventre de sa mère jusqu'à la naissance et aux premiers stades de son développement, l'enfant n'arrive pas à faire une différence entre l'intérieur et l'extérieur. Il vit son espace ou son environnement comme un prolongement de lui-même. C'est en grandissant qu'il arrive progressivement à comprendre et à dissocier l'extérieur et l'intérieur ainsi à percevoir sa mère comme une personne distincte. Donald Woods Winnicott cherchait à savoir en posant une question : « *Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. (...) J'évoquerai, pour éclairer mon propos, le cas du bébé dont la mère ne refléterait que son propre état d'âme ou, pis encore, la rigidité de ses propres défenses. Dans un cas semblable, que voit le bébé ?*

Bien entendu, on ne peut rien dire des situations particulières où la mère n'est pas en état de répondre. Mais nombre de bébés se trouvent longtemps confrontés à l'expérience de ne pas recevoir en retour ce qu'eux-mêmes sont en train de donner. Ceux-là regardent, mais ne se voient pas eux-mêmes. Ce qui ne va pas sans conséquence. En premier lieu, leur propre capacité créative commence à s'atrophier et, d'une manière ou d'une autre, ils cherchent un autre moyen pour que l'environnement leur réfléchisse quelque chose d'eux-mêmes. Le visage de la mère n'est alors pas un miroir. Ainsi donc, la perception prend la place de l'aperception. Elle se substitue à ce qui aurait pu être le début d'un échange significatif avec le monde, un processus à double direction où l'enrichissement du soi alterne avec la découverte de la signification dans le monde des choses vues. »¹¹³⁹

C'est dans le bain d'affect et dans le dialogue entre mère et enfant que ce dernier va pouvoir s'identifier et se sentir être, mais aussi de pouvoir s'organiser. Il est admissible que le

¹¹³⁷ *Ibid.*

¹¹³⁸ *Ibid.*

¹¹³⁹ Donald Woods WINNICOTT, « *Le rôle de miroir de la mère et de la famille* », dans *Jeu et réalité*, op. cit., p. 155, repris par Frédéric Aubourg, « *Winnicott et la créativité* », *Portrait du psychanalyste en artiste*, article, Filigrane, volume 14, numéro 1, printemps 2005, p. 8.

visage de la mère soit considéré comme le premier miroir de l'enfant. Selon la pensée de Donald Woods Winnicott, ce que l'enfant regarde lorsqu'il regarde sa mère c'est lui-même.

a) Le *holding*

Dans les exercices dramatiques effectués à l'hôpital, le *holding* signifie tout simplement le maintien, c'est-à-dire la manière dont l'enfant est porté tant physiquement que psychiquement. La politique de soins artistiques maternels considère que le fait de prendre en considération le *holding* de l'enfant aide le moi de l'enfant immature. Il ressent son existence et il s'ouvre vers un développement dont il se considère comme un élément à part entière ou comme une unité différenciée. Cette méthode devient générale dans plusieurs établissements de soins au service de la maternité, car elle élargit ou développe la construction du *Self* de l'enfant à condition bien sûr que sa mère continue à lui offrir de manière acceptable un accompagnement et une sécurité affective, protectrice et émotionnelle tant psychique et physiologique.

b) Le *handling*

Le *handling* signifie le maniement dans l'étude et préoccupation maternelle dite primaire de l'enfant. Ce concept est utilisé dans l'art dramatique pour désigner l'ensemble de pratiques et de manières dans lesquelles l'enfant est traité, accueilli, manipulé et soigné par sa mère.

Les comédiens travaillent sur des exercices aidant les mamans participant dans les ateliers à garder certaines conditions du *handling*, car ses effets participent non seulement au développement des fonctions mentales, mais aussi à l'identification de l'interaction et de la relation soma-psyché de l'enfant.

PARAGRAPHE 2 - PROBLÈME D'ÉCRITURE OU DE PRÉCISION ENTRE JEU DE RÔLE ET JEU DE RÔLES

Avant de donner une réponse, il est intéressant de savoir tout d'abord, ce qu'est un jeu de rôle ou jeu de rôles ?

Avec ou sans S, un jeu de rôle est une activité dans laquelle le ou les participants incarnent un ou des personnages tout en choisissant leurs actions, leur mode de vie, leur capacité et niveau d'intervention, etc. Le jeu est interactif. Par exemple une personne – un narrateur – raconte une histoire lors de l'assise d'échange théâtral : à tout moment, l'un des participants peut imaginer une séquence et directement interrompre le narrateur en lui donnant son imagination : « *Non, moi je veux que le héros se jette de l'immeuble pour barrer la route au lieu de prendre l'ascenseur pour descendre.* » Par cette intervention, l'histoire se modifie en conséquence et prend une autre forme à l'issue de l'interaction manifestée par l'un des participants.

Il y a encore le cas où le narrateur partage les personnages et dit : « *Toi tu es le méchant et les autres seront tes victimes* ». « *Toi, tu réponds : non, je veux être le héros* ». Même si le narrateur – maître du jeu accepte et qu'il laisse les enfants jouer, il est possible de

constater que les enfants appliquent le jeu de rôle de façon spontanée et totalement naturelle. Ce n'est pas un problème de dysfonctionnement psychique, mais plutôt de réactivité des enfants, ils ont ça dans leurs gènes.

Dans un jeu de rôle, il y a toujours une personne indispensable appelée le maître du jeu qui joue le rôle de narrateur parfois, à poser les décors et de répartir les personnages, mais aussi de définir le champ dans lequel le héros va évoluer et vivre largement son histoire. Elle n'a pas à raconter une histoire, mais plutôt à donner une possibilité aux participants de jouer et de vivre leur histoire. Dans ce genre d'histoire, il n'y a ni gagnant ni perdant. La seule idée est de jouer pour s'amuser et pour passer un moment de loisir ensemble. Lors du déroulement de l'histoire, le but peut changer parce qu'il y aura forcément un joueur qui voudra retrouver son copain, son père, un autre, son fils ou peut-être devenir riche ou pouvoir se venger avant la fin du scénario.

Le maître du jeu peut citer un contexte pour lancer le débat et inciter l'imaginaire des enfants et observer leurs interactions. Par exemple : en rentrant à la maison, vous trouvez votre sac par terre, la porte votre chambre est cassée, votre ordinateur n'est pas dans son sac et vous trouvez le dressing totalement ouvert. Que faites-vous ? Les joueurs doivent maintenant s'exprimer et motiver les actions qu'ils veulent entreprendre sur ce cas. Il appartient au narrateur de contrôler les idées avancées et d'expliquer les conséquences de chacune tant sur le plan juridique que social et économique. Par exemple : éviter de faire disparaître des preuves, prévenir la police, prévenir le fournisseur de l'ordinateur en cas d'éventuelle assurance, etc.

AJ QUELQUES RÉFLEXIONS À CETTE PROBLÉMATIQUE

Pour pouvoir se décider entre jeu de rôle et jeu de rôles, il serait tout d'abord cohérent de chercher en quoi le choix fait serait mis en application.

Il est donc question de l'application du théâtre comme moyen de création et de socialisation des patients en soin psychique et physique. Le comédien cherche pour le patient des actions d'humour, de manifestations de peur, d'angoisses, de stimuli d'émotions faciales et morales ou d'autres. Comment prévoit-il d'écrire son scénario et pour quel public cible ? Le choix serait-il pour un travail de groupe ou d'individuel ? Il est aussi important de définir qui seront les personnages pour incarner les rôles. Dans ce champ d'études, le comédien met en évidence une question de goût tant pour lui, mais aussi pour les participants et le public qui va assister à la représentation.

1) Choix d'écriture

Il est mieux ou nécessaire de préciser le choix d'écriture fait entre le jeu de rôle et le jeu de rôles. Les artistes exerçant leur profession à l'hôpital préfèrent le deuxième terme avec le substantif « rôles » accordé au pluriel. Ceci apporte plus de valeurs aux projets d'art mis en place pour des motifs de soins dans l'établissement de santé.

Pourquoi préfèrent-ils celui qui est au pluriel ?

Ils commencent par donner des repères et des interrogations. Le jeu de rôles ne date pas d'aujourd'hui, c'est un phénomène plus ancien ou même naturel. Qui n'a jamais eu l'idée

de s'identifier en se plaçant à la place du héros d'une histoire en lisant un livre ? Qui n'a jamais joué dans une cour de récréation aux gendarmes et aux voleurs ? Qui ne s'est jamais identifié à un personnage de télévision ou d'un film ? Qui n'a jamais eu d'émotion en regardant une représentation de théâtre dramatique, d'un amour contrarié, de politique ou de tragédie ?

Sans le vouloir ou le savoir, tout individu a dans sa psyché un phénomène naturel le poussant à manifester ou à expérimenter le jeu de rôles dans tout ce qu'il regarde, ce qu'il écoute ou ce qu'il ressent. Seulement aujourd'hui, il représente d'autres valeurs dans l'étude du patient qui a besoin de socialisation ou de réintégration. Il est bien structuré avec différentes formes et des allures non identiques et il présente un autre but subjectif dans les ateliers de soins.

Le jeu de rôles est une activité qui se repose sur un dialogue dont les joueurs incarnent des personnages dans une histoire qui les incite à être en interaction avec un maître du jeu durant le moment du scénario tout en respectant des règles bien établies, mais dans le style d'improvisation. Il est considéré comme un jeu de stimulation ludique fondé sur des interactions verbales des gens travaillant en groupe sur le même sujet dans un univers plein de mouvements et d'agissements des membres du groupe.

Les règles n'empêchent pas les participants de manifester leurs interactions dans le scénario. Sous le masque de son personnage, chaque joueur est investi de capacités physiques, sociales, mentales, psychiques jugées sérieuses pour réaliser l'activité envisagée.

a) Rôle ou rôles

Le choix du jeu de rôles écrit au pluriel est aussi motivé par les publications francophones des domaines scientifiques comme la psychologie sociale, mais celui qui est écrit au singulier reste dans les pratiques du domaine médical, pour exprimer et rencontrer les émotions, les expressions des patients examinés. Pour bien comprendre le départ entre rôle et rôles, Pierre De Visscher a étudié cette problématique en commençant par définir le rôle comme un modèle de comportement identique à un geste identifié dans un ensemble à l'interaction personnelle. Il classe trois types de rôles :

- un rôle social dans le statut et la position dans la société globale ;
- un rôle social dans le statut et la position dans une formation sociale ;
- un rôle groupal, ici le statut naîtra à l'issue d'un travail de groupe formé sur les mêmes objectifs.

C'est dans le rôle incarné par l'acteur qu'il va pouvoir se découvrir et comprendre sa personnalité. C'est en travaillant en groupe que l'acteur découvre son mode d'échange, son style de communication avec les autres.

La plupart des artistes acceptent l'idée du pluriel de « rôles » dans l'objectif de développer le champ et la plasticité du comportement du patient – de l'acteur. Cela permet une analyse de groupe sur tous les rôles joués par soi et par les autres. Le tout est au centre de l'étude. Le pluriel est le meilleur modèle d'apprentissage à caractère « socioconstructiviste ».

Chloé Cécile Delacour explique dans sa thèse que le rôle a deux facettes : « *Un côté psychologique, qui dépend de la personnalité des acteurs, et un côté social, forgé par les normes sociales encadrant les relations humaines. Le "rôle psychologique" se définit ainsi :*

ce sont les comportements que va avoir l'acteur; mais également ceux que les partenaires attendent ou refusent de sa part, ainsi que les "principes psychologiques organisateurs" qui sous-tendent la vision du rôle qu'a l'acteur lui-même. Le rôle psychologique est le plus souvent inconscient, sauf lorsqu'il va être joué puis étudié. Un rôle s'exécute toujours dans un environnement spécifique. Ce dernier aura donc forcément une influence en retour. De même, les rôles des partenaires vont avoir un impact sur l'acteur principal. On parle alors "d'induction de rôles" ou de "structuration réciproque". Le "rôle social" est lui soumis à plusieurs normes en même temps, ce qui provoque parfois des conflits. Il prendra également plusieurs formes : "Les rôles officiels, les idéaux, les imaginés, les réels en actes." »¹¹⁴⁰

Cette thèse a eu les mêmes hésitations que celles de Chloé Cécile Delacour sur le choix de l'écriture entre rôle au singulier et rôles au pluriel. Celui qui est au singulier est le plus utilisé et fréquemment rencontré dans la rédaction au départ de la recherche, mais il a été décidé de garder celui qui est au pluriel, car il facilite le travail du professionnel même si cela peut faire rater des éléments de présence.

« Dans l'expérience que nous avons menée, l'un des acteurs joue son propre rôle de médecin, bien qu'il soit désigné par un autre nom que le sien ou par le terme générique de "Docteur". En effet il est nécessaire de préserver sa personnalité des critiques émises lors du débriefing, nous y reviendrons. Il y a aussi, et surtout, le rôle du patient joué par l'autre médecin et qui va conditionner le jeu entier. L'intérêt pédagogique du jeu de rôles dans le cadre de la formation des étudiants en médecine réside donc bien dans l'interaction entre tous ces rôles : le rôle de médecin-patient, celui de médecin-médecin également ceux de médecin-observateurs, avec des influences en "externe", entre les personnes, mais aussi en "interne", dans l'esprit du participant.

Il est à noter que la question d'une mise au pluriel de "rôle" ne se pose pas pour des publications anglophones, où le terme employé est role play ou roleplay, avec role toujours au singulier. Mais l'anglais permet une autre subtilité. Il existe en effet en anglais deux mots pour parler du jeu : play et game. Ainsi les théories de Winnicott, pédopsychiatre britannique, sur le Jeu sont plus facilement accessibles dans leur version originale. En effet, l'auteur fait la différence entre ces deux éléments. Il utilise game pour parler du jeu codifié socialement et soumis à des règles suivies par tous, comme les jeux de sociétés, les matchs sportifs ou le jeu de rôles non pédagogique (informatiques, sur table ou grandeur nature) dit role-playing game. Et il emploie play pour les jeux où une place est laissée à l'imaginaire et à la création, et où les règles peuvent être dépassées par tous. »¹¹⁴¹

b) Un rappel historique du jeu de rôles avec le théâtre

Il y a-t-il un lien entre le jeu de rôles et l'art dramatique ?

Le lien entre ces deux notions existe depuis longtemps, mais il n'est pas très remarquable. Par exemple : *« Dans une pièce de théâtre classique, les rôles incarnés par les comédiens sont écrits et immuables, il n'y a de place que pour l'interprétation. L'improvisation théâtrale est différente puisque, comme son nom l'indique, elle offre une plus*

¹¹⁴⁰ 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 ?* », sous la direction du Docteur Catherine JUNG, Université de Strasbourg, Faculté de médecine, 2013, p. 21.

¹¹⁴¹ *Ibid.*, p. 21, s.

grande liberté aux acteurs. La discipline reste tout de même extrêmement codifiée. Mais le théâtre d'improvisation est une création récente, postérieure au développement du jeu de rôles. Et contrairement à celui-ci, seuls des initiés participent à l'improvisation qui n'a pas un but d'apprentissage pour les participants, mais plutôt un objectif de recherche de plaisir, dans la joute oratoire. Le jeu de rôles est fortement attaché au monde de la psychiatrie depuis son origine, par sa connexion avec le psychodrame. Celui-ci est une forme de jeu dramatique à but thérapeutique inventée au début du XX^e siècle par Jacob-Levy Moreno, psychiatre viennois émigré aux États-Unis. »¹¹⁴²

D'autres théories concourent au fonctionnement des groupes et elles donnent une ouverture à la dimension didactique de l'activité du jeu de rôles. C'est le cas de *training groups* qui désigne des groupes de discussion pratiquant le jeu de rôles dans d'autres formes de techniques, afin d'explorer et d'examiner les relations humaines au sein du groupe. Ces activités ont un objectif de favoriser au maximum le développement personnel du patient. Aujourd'hui, la plupart des professionnels intéressés par la pratique de l'art de Molière dans les établissements de santé font appel à ce système, c'est le cas du Docteur Michael Balint, un psychiatre anglais qui a avancé cette théorie en publiant en 1957 un ouvrage intitulé *Le médecin, son malade et la maladie*¹¹⁴³. Ce livre est devenu une référence pour ceux qui reconsidèrent totalement les relations entre médecins, patients et maladies. Son axe principal est de permettre au médecin de voir clairement et différemment leur expérimentation de chaque jour, pour mieux cerner des problèmes du travail inutile et coûteux du praticien, mais aussi des souffrances inutiles pour le malade.

2) Le jeu de rôles comme moyen de progression et d'organisation

En médecine, les méthodes de simulation pour la formation des professionnels de l'hôpital a un véritable impact ces dernières deux décennies. Elles considèrent le jeu de rôles comme l'ultime forme de simulation qui aide à explorer les relations entre les personnes – soignant et soigné –, mais aussi avec les proches du patient, les membres de l'équipe soignante et l'administrateur de l'hôpital. « *Il existe plusieurs formes de jeux de rôles. La plus classique, avec deux acteurs face à face, peut être déclinée de plusieurs façons : i) ajout d'un assistant au rôle-cadre (dans notre cas le rôle du médecin) qui fera office de souffleur ; ii) échange de rôles au cours du jeu, voire parfois iii) scène unique en face à face, mais avec relais des acteurs pour incarner le rôle-cadre. Certains animateurs plus expérimentés aiment aussi mettre en place des jeux de rôles collectifs : un groupe de plusieurs acteurs (sept à huit idéalement) va incarner un seul rôle-cadre soit tous en même temps, soit chacun son tour, face à un acteur. Souvent l'animateur lui-même, joue le rôle partenaire (celui du patient dans notre cas). Il est également possible de faire jouer en trio : un rôle-cadre, un rôle partenaire et un observateur, avec un changement tournant de rôle, pour expérimenter les différentes situations. Une variante en duo sans observateur peut se pratiquer.* »¹¹⁴⁴

À la méthode des variations de configuration se joignent celles de contextes, un seul scénario fait l'objet de la consultation dès le début jusqu'à la fin de l'exercice puis une série

¹¹⁴² *Ibid.*, p. 22, s.

¹¹⁴³ Michael BALINT, « *Le médecin, son malade et la maladie* », éd., Payot, France, 1996.

¹¹⁴⁴ 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 ?* », op. cit., p. 23, s.

de scènes peuvent être jouées en termes de consultations ou de visites. D'après les analyses de cette recherche, les scènes multiples forment l'idéal pour le jeu de trio. En revanche, la scène unique est parfaite pour l'exercice de face-à-face.

Chloé Cécile Delacour évoque la différence entre le jeu de rôles entre pairs et la fonction du patient simulé ou standardisé pratiqué par des acteurs professionnels. Elle a exposé que : « *Des mises en situation peuvent aussi être réalisées avec de vrais patients formés pour présenter leurs troubles de façon standardisée. Ces différentes méthodes ont été validées pour la formation des futurs médecins. Les étudiants rencontrent plus fréquemment la première méthode dans leur cursus, car elle est plus simple et moins coûteuse à mettre en œuvre. Le coût du patient standardisé n'est pas uniquement financier, mais également temporel, car il faut fournir à l'acteur une formation très complète sur la pathologie qu'il doit représenter, au risque de ne pas sembler suffisamment réaliste.*

Si un médecin joue le patient, il existe également plusieurs possibilités : des rôles très scénarisés qui se rapprochent d'un patient standardisé, ou des rôles avec un simple canevas qui sert de base à l'improvisation. Dans ce cas, la situation jouée est déterminée par l'animateur qui l'a créée dans un but précis, avec un objectif plus cadré. Il arrive aussi qu'un acteur incarne un de ses propres patients. Ce type de jeu de rôles plus particulier et plus personnel permet à un professionnel de proposer un cas qu'il souhaite explorer avec le groupe. C'est typiquement ce qui se produit lors d'un psychodrame Balint. On allie alors l'approche des groupes Balint avec le ressort analytique du psychodrame. »¹¹⁴⁵

Pour que la réalisation de cet outil soit réussie, elle doit absolument être adaptée à l'activité prévue et utilisée dans des normes idéales de fonctionnement et de sécurité. C'est le cas pour la mise en pratique du jeu de rôles, mais ici demande la présence de plusieurs facteurs :

- « - *Un objectif de formation pour lequel le jeu de rôles est une technique adaptée ;*
- *des participants réceptifs à l'outil et qui acceptent de se mettre en scène ;*
- *un animateur formé à l'organisation de jeux de rôles, qui sera parfois aidé d'un co-animateur, notamment dans la gestion des grands groupes ;*
- *un environnement rassurant permettant aux participants d'accéder à un sentiment de confiance. »¹¹⁴⁶*

Le comédien envisage trois objectifs dans la démarche de l'enseignement et de l'acquisition de connaissances : théoriques, pratiques et émotionnelles. Cet apprentissage de savoirs bruts permet d'avoir une habilité en utilisant le jeu de rôles de type procédural (jeu de création) ou celle d'attitude, c'est-à-dire le jeu de rôle appelé système d'exploration. À un moment donné, les deux méthodes peuvent être mêlées dans une seule exploration avec une prédominance de l'une ou de l'autre en fonction des mesures d'apprentissages envisagées. Dans chaque activité dramatique, le rôle que joue le comédien est important puisqu'il a la tâche d'un animateur, raison pour laquelle il doit être formé non seulement du côté technique, mais aussi il doit avoir l'envie de mettre en scène ce qu'il a acquis. Il est le garant du climat créé entre les participants et doit assurer la continuité de cette relation pour favoriser les échanges. Il est en quelque sorte un régulateur qui doit guider le groupe vers la prise de

¹¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 24.

¹¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 25.

conscience des troubles, des émotions et des gestuelles ainsi que les interactions entre les membres du groupe. C'est donc une manière d'assurer le déroulement du jeu de rôles et d'ouvrir un champ de liberté entre les patients. Cette ouverture ne se limite pas uniquement à l'atelier, elle doit exister avant, pendant et après le travail de groupe – le jeu de rôles.

Ces trois temps sont importants dans le jeu de rôles

- Avant de commencer l'exercice, l'artiste en donne les règles à respecter durant la démarche, il identifie les objectifs pédagogiques et il cherche comment les atteindre dans le jeu de rôles, dans combien de temps – la durée –, il donne le signal du début de l'exercice, les poses du jeu et la fin du jeu. C'est à lui de donner le feu vert pour filmer ou non la scène en accord bien sûr avec les participants, il informe le public de la valeur attendue dans l'expérimentation et enfin il prépare les joueurs avant d'entrer en scène.

- Pendant l'exercice du jeu de rôles, le comédien-animateur est le responsable de la gestion de l'activité et de son bon déroulement. C'est dans cette phase que le rôle du maître du jeu apparaît très clair à partir de ce qu'il fournit, ses observations, sa manière d'intervenir et des situations opportunes à la relaxation.

- Après le jeu de rôles, il réévalue les résultats obtenus de la mise en situation et ouvre une phase d'analyses pour des questions encore sur les fonctions interprétatives. P. De Visscher appelait élucidation, toute action visant à éclaircir cette méthode. Les questions commencent sur les affections des participants et sur leurs vécus.

Il doit aider les patients ou tous les participants à sortir du personnage, du rôle incarné après le jeu de rôles et redevenir eux-mêmes. *« Mais la comparaison s'arrête là, car le but principal du formateur lors de l'exploitation est d'accompagner tout le groupe. Il le fait en utilisant le ressenti des acteurs et les informations des observateurs, voire parfois les données de la vidéo. Le groupe doit découvrir par lui-même des éléments qui permettront à chacun de développer des savoirs utiles. Le formateur doit guider les participants vers la compréhension, il n'est pas là pour donner les interprétations de ce qu'il a observé. Nous avons choisi de garder pour ce travail le terme de "débriefing" qui est le plus courant. »*¹¹⁴⁷

a) La relation entre médecin et patient dans le jeu de rôles

Cette partie s'intéresse à la relation dans la pratique de l'art dramatique utilisé dans l'enseignement de la médecine générale. Il n'est pas question de définir la relation médecin /patient ou docteur/patient puisqu'il est déjà exploité dans les chapitres précédents, mais il est juste question d'identifier le niveau d'alliance entre ces deux parties.

La plupart des institutions médicales utilisent le théâtre comme outil d'apprentissage sur la relation médecin/patient. Elles mettent par exemple les futurs médecins sur une scène et jouent avec des comédiens pour apprendre et pour comprendre à travers les techniques du jeu de rôles, ce dont il s'agit dans cette relation. En principe, trois étudiants sur cinq deviendront à la fin de la formation des médecins généralistes. C'est pourquoi cette formation reste indispensable dans le cursus médical. Ils se forment en équipe et partagent des rôles, parfois à la place du patient ou du comédien, parfois à la place du public ou du professionnel médical. Les rôles changent en fonction des thématiques mises en étude.

¹¹⁴⁷ Ibid., p. 27.

Ainsi en médecine générale, les étudiants font face tous les jours à des personnes souffrant de pathologies soit complexes soit pointues. Avec ce genre d'expérimentation, ils arrivent à découvrir le monde réel – le quotidien de la vie médicale surtout de ce qu'ils attendent dans les années à venir.

À la fin de chaque exercice, il y a une évaluation du comédien et une analyse de l'enseignant pour bien savoir si les techniques dramatiques sont bien assimilées et que la relation entre soignant et soigné est bien maîtrisée. Un des apprentis comédiens disait lors d'un partage explicatif de cette relation qu'il a osé détourner les directives données par le comédien maître du jeu et amener ses collègues qui jouaient les rôles du docteur dans son délire, sur son terrain de soucis personnels dans le but de déconcentrer ses camarades et d'analyser leurs niveaux d'aptitudes et leur gestion du stress. Il affirmait à la fin de l'exercice qu'un des futurs docteurs lui disait qu'à un moment donné, il se sentait devant un vrai patient. C'est pourquoi il a pensé soudainement à contrôler la tension du soi-disant comédien et de s'assurer que celui-ci allait mieux, car il a détourné le jeu et sa gestuelle est devenue méfiante.

Tout cela démontre que le futur médecin qui joue la place du comédien maîtrise le travail du jeu de rôles lorsqu'il arrive à canaliser ses émotions déclenchées par la gestuelle ou les émotions du patient et qu'il trouve en même temps une alternative pour bien maîtriser son patient.

b) La place de la législation dans la formation pratique de la relation médecin-patient

Former les futurs médecins à cette relation n'est pas anodin. Cet enseignement comporte deux branches importantes : d'un côté, celle de la communication et, d'un autre, celle de l'étude de la psychologie médicale. D'autres médecins disent que cette méthode ne s'acquiert pas en faisant des exercices et même ne s'enseigne pas. En revanche, de nombreux professionnels utilisant cette méthode affirment par des études qu'au contraire, pour changer les mentalités des individus, il faut passer par un apprentissage d'autres attitudes et comportements. L'influence du patient joue un rôle dans le changement du praticien comme il a été affirmé par Chloé Cécile Delacour : « *La déliquescence du modèle paternaliste antérieur et l'avènement d'un modèle délibératif permettent de transformer le lien entre un médecin et la personne venant chercher de l'aide auprès de lui. Dans ce nouveau pacte de soins, les compétences du professionnel de santé n'induisent pas un état de déséquilibre puisqu'elles sont offertes en échange de la confiance qui sera accordée au professionnel par la personne en demande. Parallèlement, le développement des technologies de l'information permet au patient d'accéder aux connaissances médicales. Ce qu'il vient chercher aujourd'hui auprès de son médecin serait donc plutôt la clé pour comprendre les éléments qu'il aura découverts par lui-même [...]* »¹¹⁴⁸. Le professionnel doit absolument s'adapter aux nouveaux comportements du patient issus de sa maladie et apprendre à communiquer avec lui. Il a été développé dans cette même thèse que : « *L'apport des travaux de Michael Balint a été fondamental dans l'évolution du concept de "relation médecin-patient." La notion de "fonction apostolique" du médecin qu'il développe dans Le médecin, son malade et la maladie constitue un élément central pour la compréhension du lien médecin-patient. Les groupes*

¹¹⁴⁸ Ibid., p. 29, s.

Balint, issus des théories de celui-ci, représentent des "espace-temps" où les participants, le plus souvent des médecins généralistes, peuvent explorer leur relation avec un ou des patients. Ils sont accompagnés dans cette démarche par un(e) psychiatre ou psychologue et un(e) autre médecin formé à la gestion d'un groupe Balint. Ces groupes sont donc un moyen, pour les médecins en exercice et même les étudiants de troisième cycle, de se former à la relation médecin-patient. D'autres types de groupes permettent une formation pratique : groupes de pairs, de paroles, d'échanges de pratiques, psychodrame Balint. Ils ont en commun leur caractère interactif et leur lien avec la psychologie médicale. La formation à la relation médecin-patient peut également se concevoir sous la forme d'un enseignement de la communication spécifique aux professionnels de la santé. Très répandu dans les pays anglo-saxons, il se développe beaucoup moins vite en France. »¹¹⁴⁹

L'importance du jeu de rôles dans l'enseignement de la relation médecin-patient est au centre de l'utilisation des techniques dramatiques interactives et les méthodes de la supervision clinique par une phase d'interrogation et d'observation directe ou indirecte mêlée dans les activités du jeu de rôles avec un patient réel ou même fictif. L'usage des moyens de la simulation en formation pratique est appuyé par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans un rapport de 2012 et l'arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales¹¹⁵⁰ en son article 14 qui précise que : « *Les étudiants accomplissent :*

- Des stages dans des unités de soins où ils participent à l'activité hospitalière dans les conditions prévues à l'article R.6153-51 du Code de la santé publique, en vue de l'acquisition des compétences prévues dans le carnet de stage. Ils effectuent en particulier un stage en chirurgie et un stage dans une unité d'accueil des urgences, ou de réanimation, ou de soins intensifs. L'organisation des stages permet la mise en situation pratique de l'étudiant dans un ensemble de situations cliniques correspondant aux objectifs de sa formation. Ces situations cliniques sont définies par la commission des stages et des gardes.

- Un stage chez un ou des médecins généralistes, praticien(s) agréé(s), maître(s) de stage des universités. Ce stage peut se dérouler au sein d'un cabinet individuel ou de groupe, d'une maison, d'un centre ou pôle de santé. Il ne peut être effectué chez plus de trois maîtres de stage.

Il a pour objectif de permettre à l'étudiant :

- d'appréhender la relation médecin-patient en médecine générale et la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;

- de se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale, la sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en ambulatoire : entretien avec le patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, démarche diagnostique, prescription, suivi d'une mise en œuvre et coordination d'une thérapeutique. »¹¹⁵¹

Cet article montre la nécessité de la mise en situation au cours des périodes de stages pour les étudiants en deuxième cycle d'études médicales – médecin généraliste. Le but est de

¹¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 30.

¹¹⁵⁰ Légifrance, Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, *JORF*, n° 0095 du 23 avril 2013, p. 7097, texte n° 30, version en vigueur au 12 novembre 2018.

¹¹⁵¹ *Ibid.*

renforcer et d'appréhender la relation entre médecin et patient dans les soins, par le biais de l'exercice du jeu de rôles. Cet exercice apporte une valeur purement médicale aux yeux des médecins puisqu'il est un moyen de connaissance des facteurs physiopathologiques, à la pathologie et il permet de découvrir les bases de la prévention de la maladie et enfin de pouvoir initier les processus thérapeutiques. Chez les comédiens, l'activité est indispensable parce qu'elle constitue un champ d'échange dans lequel chaque participant découvre l'autre par la mutation d'un rôle à un autre. Il développe des compétences en communication et des théories pratiques facilitant la recherche médicale. Parmi les valeurs sociales identifiées dans le jeu de rôles, il y a la maîtrise de la communication avec le patient et son entourage. Le texte précise clairement que le futur médecin doit comprendre les caractéristiques d'une relation efficace entre les membres du groupe, l'équipe soignante et le patient. Il planifie le temps de la formation de la manière suivante : « *Le volume horaire des enseignements la concernant reste réduit dans les universités françaises. À Strasbourg par exemple pour l'année universitaire 2012-2013, l'enseignement du module 1 dans lequel se trouve l'item 1 "relation médecin/malade" représente quinze heures, dont trois heures de cours magistraux et six fois deux heures de travaux dirigés, avec plus exactement deux heures consacrées à cet item précisément et aucune heure de travaux dirigés spécifiquement dédiés. Mais nous pouvons considérer que les jeux de rôles réalisés dans le cadre du module de Psychologie médicale de DCEM2 et durant lesquels est abordée la relation au patient, font partie prenante de l'enseignement de l'item 1.* »¹¹⁵²

Cette recherche apporte un œil critique sur l'enseignement de la relation médecin-patient donné à l'hôpital à travers le jeu de rôles. Tout d'abord, les ateliers sont menés en l'absence des patients puisque c'est avec ce dernier que la relation médecin-patient sera recherchée. Cette absence peut susciter une problématique : comment l'art dramatique peut-il nouer des relations entre deux personnes en utilisant des moyens et des méthodes étudiées en l'absence de l'une des parties concernées ? En principe, l'intérêt recherché dans l'enseignement est marqué par le retour appelé le *full-back* ou le retour actif du patient. Comment peuvent-ils sous-entendre que le patient interagira sur une telle ou telle méthode sans l'avoir expérimentée sur lui ? Toutefois, la présence du patient peut aussi changer la donne et fausser la réussite de l'exercice.

B] LE JEU DE RÔLES DANS SES LARGES DIMENSIONS

« *C'est en 1964 que Howard Barrows introduit des personnes bien portantes dans ses formations pour simuler les symptômes neurologiques et les signes cliniques d'un vrai patient. Depuis, l'entraînement pour la prise en charge des patients et la communication s'est considérablement développé dans les études médicales, infirmières, mais également dans d'autres domaines comme la pharmacie, l'odontologie, etc. L'avantage principal de ces formations utilisant des patients simulés tient au fait que l'apprenant peut se mettre en situation dans un environnement contrôlé, proche du réel, au sein duquel il peut faire des erreurs sans que cela soit dommageable pour le patient. Le patient simulé est "une personne bien portante qui a été spécialement formée pour simuler l'histoire d'un vrai patient et pour*

¹¹⁵² 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* », *op. cit.* p. 31.

reproduire systématiquement les signes cliniques, la personnalité, le langage corporel et les réactions émotionnelles qui auront été préalablement définis dans un scénario." »¹¹⁵³

Dans l'expérimentation, il peut y avoir un amateur, un comédien et un professionnel médical qui jouent ensemble ou séparément un rôle préparé bien avant pour communiquer des informations soit au médecin soit au patient dans le but de décrire, de désigner ou d'indiquer une symptomatologie clinique et/ou obtenir une information médicale. Ici, le patient désigne le comédien et ce dernier prend la place du premier dans le jeu de rôles pour simuler tout au long de la séance. Parfois, dans les expérimentations de Howard Barrows apparaissent de vrais patients ou d'anciens malades acceptant de participer aux ateliers pour témoigner et jouer leur propre histoire et représenter leurs symptômes physiques. C'est ce qu'il appelle un patient expert ou instructeur.

« Dans le cadre des simulations d'annonce, le patient simulé doit pouvoir, à partir d'un scénario pré-écrit, restituer toutes les dimensions impliquées dans la communication, à savoir les échanges verbaux et non verbaux, les ressentis/émotions et les vécus psychologiques que peut éprouver un vrai patient au cours d'une consultation. Ces programmes d'entraînement, très étudiés dans le domaine de la cancérologie sur l'annonce de mauvaises nouvelles, ont depuis montré leur efficacité, tant sur l'amélioration des compétences que sur le sentiment d'efficacité personnelle et la confiance en soi. D'autres études ont également montré un transfert des compétences acquises sur d'autres situations cliniques. Il est ainsi désormais admis que le patient simulé représente une méthode fiable et valide pour la formation médicale et paramédicale. Elle présente, de plus, un intérêt dans l'évaluation de l'acquisition d'un certain nombre de compétences. »¹¹⁵⁴

L'activité perdure dans les établissements de santé jusqu'en juillet 2009 où la Commission Culture des différents CHU lançait de façon ouverte un appel à projets dont une trentaine d'actions sont identifiées sur quatre-vingts dossiers déposés à son attention. Cela explique la présence massive de l'art dramatique dans les établissements de soins intervenant dans le processus de soins du patient. Ces projets ont abouti à partir d'un objectif commun à des publications et des expositions à l'attention des patients, des usagers, des professionnels et même des publics cibles. C'est le cas des hôpitaux de Toulouse, de Dijon et d'Angers. Dans ce jeu de rôles, l'hôpital prend un aspect plus large et dépasse les critères techniques performants vers un autre à valeur humaine, respectueux, compétent et digne du mode de vie du patient et très attentif à ses sentiments émotionnels. *« À l'hôpital, l'accueil, la vie, les relations entre patients, proches et soignants sont fonction des comportements, mais aussi des espaces, d'un environnement que l'on aimerait beau, pour signifier l'attention et le réconfort, pour compenser la souffrance physique, l'inquiétude existentielle, les contraintes de la maladie. Des projets artistiques s'efforcent donc de rendre l'hôpital hospitalier. Certains établissements passent commande d'œuvres pérennes, qui rythment les parcours et accompagnent le patient dans l'hôpital (Herbier, Aïcha Hamu, CHU de Nice, 2007), invitent au voyage imaginaire dans des espaces d'attente ou de passage (Sans titre, Loïc Raguénès, CHU de Dijon, 2007 ; Différenciel, Frank et Olivier Turpin, CHU de Poitiers, 2009) ou jouent les aide-mémoire (Jardin de l'Horloge, CHU de Nancy, 2009). D'autres recourent au*

¹¹⁵³ Soisik VERBORG, Ingrid CARTIER, Jérôme BERTON, Jean-Claude GRANRY, « Les simulations de consultation et la question des acteurs – patients simulés ou standardisés », Bull., Acad., Natle Méd., 2015, 199, n° 7, 1165-1172, séance du 20 octobre 2015, p. 2.

¹¹⁵⁴ Ibid., p. 3.

dispositif de la commande publique pour développer des programmes ambitieux, avec le soutien du ministère de la Culture et de la Communication (Physalis Partitura, Katsuhito Nishikawa, CHU de Lille, 2006 ; Arbre de Vie – Source de Vie, Ilana Isehayek & Atelier Fou du Roi, CHU de Strasbourg, 2008). L'œuvre se fait parfois signe – signe du caractère éminemment relationnel des missions hospitalières (Saint Pol-Roux Le Ruban du Verbe, Jacques & Juliette Damville, CHU de Brest, 2007 ; CA P des Mille Grues, Junko Yamasaki, CHU de Nice, 2008) – voire signalétique (Pictologie, CHU de Saint-Étienne & École supérieure d'art et de design de Saint-Étienne, 2007-2008).

Enfin, certains projets prennent l'espace pour objet, comme au CHU de Caen, où le photographe Guillaume Cloup et le plasticien Olivier Thiébaud travaillent "Derrière la porte", autour de la chambre de résidents âgés. Car la présence d'artistes suffit parfois à transformer les espaces de vie et les lieux de passage en espaces d'émotions, invitant ainsi à sortir du cadre de l'hôpital. »¹¹⁵⁵

Tous ces projets ont un centre d'intérêt : la valorisation de l'hôpital et le développement de la relation médecin-patient dans le soin du malade. Ils mettent en évidence l'atelier du jeu de rôles à partir d'un exercice pertinent et approprié intitulé travail d'improvisation et de création.

1) La valeur de l'improvisation dans l'exercice du jeu de rôles

L'improvisation comme mode d'expression de l'art dramatique généralement exercé par les participants aux ateliers théâtres devant un public, que ce soit restreint ou ouvert, gagne petit à petit l'espace hospitalier avec une grande influence dans l'ensemble des soins du malade. Cette pratique théâtrale concourt à la fois à l'apprentissage des différentes expressions orales et/ou écrites du patient, mais aussi à la qualité d'insertion ou de réinsertion, d'intégration et/ou de socialisation du malade. Elle envisage notamment de développer le rythme et la qualité du langage de la personne malade.

Ce type d'exercices d'improvisations théâtrales participe à la création depuis 1977 sous forme de match d'improvisations dans les expérimentations de l'auteur et metteur en scène Robert Gravel et ses acolytes au Canada. À partir de là, le monde de la francophonie se trouve très impressionné par ce jeu d'improvisation. À cette même époque, le Britannique Keith Johnstone a créé le théâtre-sports en 1989 dont jusque-là deux versions de jeu d'improvisations théâtrales sont possibles : l'improvisation avec un sujet de création bien défini et l'improvisation pure et simple et sans directive. L'américaine Viola Spolin (1963) a fait de cette pratique une discipline à part entière et elle développe une série d'exercices et différentes techniques applicables au jeu d'improvisation. Elle s'inspirait du théâtre de l'opprimé, du savoir-faire du brésilien Augusto Boal, qui a su lui donner une image et/ou un aspect thérapeutique. D'autres professionnels ont influencé le jeu d'improvisation, de façon directe ou indirecte comme Grotowski¹¹⁵⁶ ou Brecht¹¹⁵⁷, mais aussi sous les formes les plus anciennes remontant aux faces jouées par les atellanes dans les théâtres romains dont

¹¹⁵⁵ Rapport, « Humanités – 10 ans d'arts et de culture dans les CHU », publié par la Conférence des directeurs généraux de CHU, sous la direction et le soutien du ministère de la Culture et de la Communication, de la Fondation MACSF et du groupe MACSF – Assurances avec leur partenaire, le ministère de la Santé et des Sports, France, 2009, p. 11.

¹¹⁵⁶ Michel JAUMAIN, « Le théâtre dramatique francophone : cadre institutionnel et statut juridique depuis 1945 », *op. cit.*, p. 44.

¹¹⁵⁷ *Ibid.*, p.54.

s'inspiraient les comédiens, les acteurs de la Commedia Dell'Arte et ensuite ceux de Molière. L'improvisation trouve sa richesse dans ces multiples méthodes et filiations.

Dans la création, le patient est appelé à initier, à composer et à produire sur le champ d'activité sans aucune préparation préalable. C'est un jeu de créations sur mesure, une invention sans préméditation et une composition sans finalité. Au départ, il est représenté comme une histoire en construction qui prend ses appuis sur la contribution des personnages participant au chantier. Il est pratiqué dans un espace bien déterminé ou susceptible de se développer progressivement. « (...) *Improviser se rattache aux idées spontanéistes, au désir parfois naïf d'inventer à chaque fois à partir de rien. L'acteur, échappant au cadre strict du texte ainsi qu'aux normes techniques (...), manifesterait sa toute-puissance créative en étant capable dans le même instant d'inventer la partition et de la jouer, de travailler au présent en fonction d'une inspiration personnelle qui tiendrait toujours de la nouveauté. Au niveau technique, il faut distinguer "l'improvisation pure" de l'improvisation à canevas préétabli. Dans le premier cas, en principe, l'acteur ne part de rien, dans le second, il s'appuie comme dans la tradition, soit sur une situation définie plus ou moins grossièrement, soit sur un thème qu'il est chargé d'explorer. (...) L'improvisation a des objectifs différents selon les cadres dans lesquels elle s'exerce. Pendant les répétitions d'un texte, elle sert à explorer une situation tirée de celui-ci. (...) Mais l'improvisation sert aussi à explorer les silences de la fable, à approcher les personnages selon des angles différents. (...) Dans la "création collective", les essais sous forme d'improvisation développent l'imaginaire des joueurs. (...) Dans la formation de l'acteur, un entraînement systématique à des exercices d'improvisation (...) vise à l'acquisition d'une plus grande souplesse de réaction dans le jeu, à un type d'écoute particulier (...). "L'objectif final n'est pas que l'acteur soit un bon improvisateur, mais qu'il se prépare à assumer pleinement son rôle dans une représentation." »¹¹⁵⁸*

Cette pratique d'expression dramatique touche les institutions artistiques et culturelle plus particulièrement celles qui utilisent le théâtre comme moyen thérapeutique dans le centre de soins du patient. Selon les participants, cette pratique mérite une place de choix dans les soins en groupe et individuels, mais aussi pour les enseignements médicaux.

Au-delà de la médecine, les groupes de théâtre utilisent le jeu de l'improvisation pour former leurs acteurs. C'est une manière d'inciter leurs émotions et de bien vivre leurs rôles, leurs personnages et de bien incarner leur bien-être afin d'assurer un bon fil de transmission de leurs messages. Les compagnies de théâtre travaillent aussi sur ce type de jeu en recherchant les mêmes buts en impliquant les malades, les familles, les proches et le public sous forme de catégories d'âges, de souffrances, d'émotions, de douleurs ou de maladies afin d'apporter de la variété dans un même spectacle.

Les représentations théâtrales prennent la forme de compétition selon l'ambiance du maître de jeu, le travail de création des joueurs et le regard attentif du public. Dans chaque improvisation, les techniques de communication et d'expression constituent une valeur ajoutée pour améliorer le jeu de rôles. C'est pourquoi plusieurs compagnies offrent des ateliers de stages pour aider les participants à améliorer la prise en charge de soins, la prise de parole en public et de favoriser une socialisation du patient ainsi que pour traiter des différentes thématiques sociales ou pour ouvrir un champ de dialogues et d'échanges. Il sert

¹¹⁵⁸ Astrid LIEVEN, « Théâtre, psychiatrie, ergothérapie », Haute École Provinciale du Hainaut, Occidentale école d'ergothérapie, année scolaire 2000-2001, p. 17, s.

encore à explorer le corps pour corriger le langage gestuel et la sollicitation de la mémoire émotionnelle.

a) Le déroulement de l'exercice

Ici, la recherche essaie de démontrer comment l'activité dramatique et artistique des acteurs professionnels est fortement adaptée et utilisée à des fins thérapeutiques et pour l'enseignement médical dans les établissements de soins.

Le jeu de rôles demande une conduite bien définie pour relever des objectifs. Chez le comédien maître du jeu – formateur, le jeu est considéré en premier avant les préoccupations pédagogiques. Il y a dans cette démarche une marge de manœuvre qui lui laisse la qualité d'animateur. Avant de commencer l'exercice, l'activité se prépare (sous X). Il y a donc :

- le choix de l'histoire (le contexte) ;
- la répartition des personnages – distribution des rôles ;
- la mise en scène et les signaux de départ tout en définissant le lieu, l'époque et le but de chaque personnage ;
- le choix du décor ;
- en psychodrame ou sociodrame en groupe ou en individuel, il y a la phase de la réunion de groupe avec l'équipe de travail et d'observation ;
- la précision des consignes à suivre lors du travail ;
- les techniques d'interventions et d'observations ;
- les arrêts de jeu ;
- la permission d'interventions.

Dès le début jusqu'à la fin de l'exercice, il est à la charge du maître de jeu d'expliquer de façon simple et explicite à l'ensemble des participants le but de chaque arrêt de jeu et les interprétations qui suivent. Il peut planifier des règles et des procédures à respecter ou laisser ouvertement les patients jouer librement le jeu. Il peut confier le choix du thème à un patient ou demander à l'ensemble des participants de faire un choix collectif. En principe, cela dépend de la situation et des objectifs envisagés par le comédien responsable de la prise en charge. Il est tenu d'examiner les éventualités et les significations propres. Raison pour laquelle certains comédiens mettent l'accent sur la vie individuelle du patient pour répondre aux exigences de soins ou plutôt sur la problématique du groupe ou sur l'œuvre de l'ensemble du groupe ou encore sur une thématique d'une situation jugée prioritaire ou intéressante.

Il est important d'expliquer que les différentes procédures et processus d'enchaînement du jeu de l'improvisation restent semblables aux autres types d'apprentissages de créations, de psychodrames ou de sociodrames. C'est dans cette richesse et cette multiplicité des possibilités accordées au comédien à chaque étape que la valeur du jeu se distingue des autres exercices psychodramatiques et apporte sa spécificité.

b) Le choix de la création et de l'orientation du maître du jeu

En général, la situation qui va être mise en scène peut être conduite par le comédien animateur, il en cherche les thèmes dans des ouvrages ou il invente en fonction des troubles

dont souffrent les patients. Les thèmes peuvent aussi être amenés par un patient choisi par son groupe et validés par le comédien responsable de l'activité. Ils peuvent travailler sur un thème fictif ou sur une scène vécue qui renforce l'émergence d'un mode de manifestation émotionnelle ou d'expression symbolique permettant de donner beaucoup de possibilités d'interprétations très ouvertes.

Le maître du jeu peut demander aux patients de commencer à travailler sans faire un choix de création ni désigner la personne qui mènera le jeu. Dans cette improvisation pure, le directeur du jeu cherche à motiver davantage les participants et identifier le patient le plus motivé qui prendra au milieu du jeu les responsabilités du meneur du jeu. Cette dernière méthode reste un peu critique puisque la plupart du temps, elle met les patients en conflit surtout quand il s'agit de groupes d'enfants. Cela demande donc plus de vigilance pour chaque intervention des enfants résidents puisque ce genre d'atelier peut recevoir l'influence du public, en particulier celle des familles des participants. La présence du public peut changer l'orientation du maître du jeu et peut aussi fausser ou désorienter la création.

Dans le style du déroulement de l'improvisation, le choix du thème peut aussi passer au tirage au sort d'un sujet à l'autre. La carte tirée au hasard doit être lue à haute voix et préciser la nature de l'improvisation ainsi que le nombre des joueurs et la durée de l'improvisation. L'ensemble des joueurs et le directeur du jeu ont en principe vingt secondes pour se concentrer et se placer sur la scène. À l'issue de ces vingt secondes, le chrono est déclenché.

2) Comment le patient peut-il participer à l'improvisation ?

Lorsqu'il arrive sur la patinoire¹¹⁵⁹, il doit comprendre qu'il n'est plus lui-même et qu'il n'est qu'un personnage qu'il incarne durant l'exercice et qu'il le représente avec toutes ses capacités et son courage. Il essaie de choisir un personnage avec des caractéristiques bien définies et il cherche au maximum les petits détails qui correspondent pour renforcer sa qualité de joueur, mais aussi pour enrichir son personnage – son rôle.

Il doit choisir de s'imposer d'une part, et, d'autre part, d'économiser son énergie, d'agir sans raconter en permanence ce qui se passe, de prendre confiance en soi, d'apporter plus de vue et de détails sur la scène, de jouer avec des émotions, de démarrer avec un sentiment négatif pour finir avec sentiment positif, de répondre sans réfléchir, de ne pas chercher à être le plus parfait et dire ce qui lui traverse la tête sans rien retenir. En improvisation, il n'existe pas un personnage parfait. Tout est bien – tout est critiquable.

Celui qui improvise doit avoir confiance en lui pour mieux improviser. Comment se sentir en confiance et être tout à fait à l'aise pour mieux rentrer dans le jeu de l'improvisation ? Il suffit de se détendre, de gérer son souffle et de s'assurer qu'il y a une équipe ou un groupe de travail qui peut l'épauler en cas de défaillances, d'erreurs ou de carences. Il est aussi indispensable de comprendre que jouer le jeu de rôles, c'est dévoiler ouvertement une partie de soi-même et de ses émotions parfois inconnues de l'acteur lui-même. Il est impossible d'improviser si la peur gagne l'acteur sur scène.

¹¹⁵⁹ Scène, espace, aire de jeu d'improvisation ou d'un théâtre.

a) L'improvisation inachevée à la fin de l'exercice

Si à la fin de la première phase, le travail d'improvisation n'est pas terminé, il est encore possible de le retravailler lors de la deuxième phase. Si dans cette deuxième période, elle n'est toujours pas terminée, le maître du jeu doit absolument orienter certaines parties et demander aux participants de tout reprendre, dès le début, le jeu de l'improvisation dans la troisième partie après la pause, sinon reporter l'exercice d'improvisation jusqu'au prochain atelier. Dans ce cas, les participants vont reprendre là où il s'est arrêté, mais chacun d'eux doit retenir la position qu'il avait à la fin de l'exercice et reprend la dernière réplique. Si en fin de troisième période, l'exercice d'improvisation n'est pas terminé, il est impérativement à la charge du directeur du jeu d'annuler l'exercice et de leur demander de travailler sur un autre sujet.

Si les participants veulent toujours travailler sur le même sujet dans le but de le finaliser, un temps de grâce est accordé aux joueurs après l'écoulement du temps réglementaire pour mettre fin à l'improvisation.

Dans chaque improvisation, le temps est toujours chronométré et avant d'arriver dans les quatre dernières minutes, le comédien en charge du déroulement doit le signaler à chaque groupe de travail en les informant qu'ils s'approchent de la fin du jeu de l'improvisation de type de jeu de rôles dans le but de les inciter à prévoir une fin de l'improvisation. Le signalement est fait à l'aide un carton bleu. Chaque patient doit commencer à s'approcher de la fin de l'imagination de son personnage tout en donnant un sens définitif à son rôle et bien cadrer le résultat recherché.

En outre, même si le jeu de rôles d'improvisation n'est pas fini, le maître du jeu doit impérativement ouvrir une phase d'échanges, d'observations, d'analyses et de diagnostics pour mieux préparer l'expérimentation prochaine et de mieux orienter la prise en charge.

b) La distribution des rôles dans le jeu

Avant de répartir les tâches ou disons les rôles de chaque joueur, le maître du jeu doit être capable d'identifier les capacités d'intervention des participants et leurs niveaux de socialisation puisque cela lui permettra de bien adapter la situation et de bien retranscrire le contexte dans l'ambiance éducative. Il doit être en mesure de remettre en valeur une action, une parole ou le geste d'un patient qui paraît inutile, il doit le rendre utile et intéressant. Chaque groupe doit créer, mais en évitant de travailler et de créer des choses inutiles ou d'improviser dans le vide, il ne faut pas avoir peur d'improviser et d'apporter des choses nouvelles.

Lorsque le directeur de jeu d'improvisation répartit les rôles et qu'il y a un patient qui refuse de jouer et d'incarner un personnage, son refus ne doit pas constituer un obstacle au déroulement du jeu de rôles. Les malades choisissent librement leurs personnages sans subir aucune influence de qui que ce soit sur l'ensemble des rôles qu'ils veulent interpréter puisque cela contribuera davantage à l'exploitation de l'action dramatique. Si le choix du thème ou de la situation est proposé par le groupe, le comédien en charge de l'atelier peut aussi s'interroger sur les apports et les opportunités éventuelles pour chaque joueur et chaque rôle. *« Les objectifs pédagogiques ne sont ici pas seuls déterminants : le désir du participant, dont*

un morceau d'histoire, ou de rêve, va être représenté, se manifeste généralement. Ce peut être un refus de jouer. Ce peut être également le sentiment, ressenti comme une évidence, qu'il doit jouer son propre rôle. La fonction de l'animateur peut être alors simplement d'évoquer toutes les autres possibilités. Dans un jeu de rôles, on peut tout jouer (ce qui ne veut pas dire qu'il faut tout jouer) : un personnage, bien entendu, mais également un objet (s'il est important dans la situation), un animal, un sentiment, etc., et possibilité importante, l'institution. »¹¹⁶⁰

Dans le groupe, chacun a son rôle à jouer. Ceux qui ne participent pas dans un premier temps ont d'autres rôles à jouer. Le maître du jeu leur attribue des consignes indispensables au jeu. Il s'agit de définir dans chaque étape les éventuelles consignes d'observations, d'analyses, d'interventions et d'interprétations. Il peut aussi rappeler à tout le monde tant pour ceux qui jouent les rôles des observateurs que ceux qui vont jouer le jeu de rôles qu'« *il s'agit aussi de préciser qui peut arrêter le jeu et quand. Pour ceux qui vont jouer, on peut dire quelques mots de la manière de jouer au jeu de rôles, qui est différente de ce qui est exigé de l'acteur du jeu dramatique, mais qui se rapproche de ce qui est souvent demandé au psychodrame... »¹¹⁶¹*

Dans le jeu de rôles comme dans le sociodrame ou le psychodrame, les patients sont invités à faire semblant et à éviter de se personnaliser dans le personnage incarné. Ils doivent faire comme s'ils étaient des médecins, des patients, des infirmiers, des directeurs, des stars, des acteurs ou autres. Le jeu de rôles étant à base de théâtre, de psychodrame et de sociodrame pour des fins de créations et de développements, le patient doit créer, montrer et donner à voir au public une représentation spécifique et signifiante en elle-même. Dans ce même compte-rendu, il est précisé clairement que : « *La représentation n'y est pas un moyen, mais un but, et passe donc par un "métier". Le jeu n'y est pas, comme au psychodrame ou au jeu de rôles "en attente d'une parole, en souffrance d'une interprétation", selon la formule de Jean Caune. Une "personnalisation des détails" se substitue au psychodrame, d'après Pierre Bour à la "dramatisation des détails" du jeu dramatique. Une certaine "personnalisation des détails" est également ce qu'on peut attendre des acteurs du jeu de rôles (mais pas du sociodrame, où il s'agira plutôt d'une "socialisation des détails"). On sent bien, d'ailleurs, dès qu'un participant se met à jouer "comme au théâtre", combien cela va rendre son jeu difficile à exploiter. »¹¹⁶²*

Dans d'autres techniques d'intervention, le maître du jeu peut aussi prendre part et s'attribuer un rôle à jouer soit en étant un acteur ou le personnage principal ou en prenant une place seconde ou de doublure en se plaçant derrière un patient qui joue le rôle principal. C'est une forme d'accompagnement et d'assistance pour veiller à l'évolution du malade. Il peut donner un coup de pouce à l'acteur principal lorsqu'il constate que celui-ci est faible ou se manifester à une situation jugée très lente ou dissimulée.

SECTION II - LE JEU DE RÔLES : UN SYSTÈME D'APPRENTISSAGE

Dans la pratique du jeu de rôles, il y a deux grands paramètres institutionnels possibles entre différents domaines d'applications. Dans ces deux champs de pratiques, il y a celles qui

¹¹⁶⁰ Jean-Pierre OBIN, « *Objectifs et techniques du jeu de rôles en formation* », compte-rendu du 3^e congrès des enseignants d'expression communication, Paris, 1980, p. 10.

¹¹⁶¹ *Ibid.*

¹¹⁶² *Ibid.*

sont connues en France, mais d'autres restent moins utilisées, voire même inexplorées. Il est bien affirmé dans ce même compte-rendu que : « *(Ceux-ci proviennent pour la plupart des États-Unis et sont évoqués dans le petit fascicule qu'Anne Schutzenberger consacre au jeu de rôles). Il ne s'agit pas de prétendre que les différentes fonctions du jeu de rôles sont toujours explicites ni qu'elles ne se recouvrent pas. Nous pensons précisément le contraire. Tenter d'y voir plus clair en effectuant ce travail d'analyse, ce n'est pas, non plus, apporter une caution morale à certaines d'entre elles, c'est simplement les prendre en compte.* »¹¹⁶³

En psychodrame et en sociodrame de création et de développement, ces différentes indications démontrent d'un côté, les attitudes et les conduites du jeu de rôles et, d'un autre, les exploitations tout en réorganisant cette réflexion sur la thématique centrale et sur la problématique recherchée dans l'apprentissage du type de jeu de rôles. Certains professionnels disent que jeu de rôles et psychodrame ne sont pas la même chose, mais cette recherche prouve que cela communique et qu'ils sont vivants et très évolutifs. Cette démarche montrera éventuellement ce qui les rapproche et les pratiques qui les distinguent ainsi que les outils pratiques qui concernent le travail de création et de développement de la personne mise en étude de soins. En partant de ce point de vue, « *Trois éclairages successifs vont guider cette démarche :*

- *un éclairage fonctionnel posera la question des objectifs spécifiques du jeu de rôles ;*
- *un éclairage méthodologique examinera les différentes possibilités de séquences et la manière dont l'animateur pourra utiliser la préparation et la conduite du jeu pour mettre en œuvre ses objectifs ;*
- *un éclairage sémantique, autour de l'exploitation possible du jeu, introduira la question du sens, de la recherche des significations de ce qui a été joué.* »¹¹⁶⁴

Pour mieux suivre ces méthodes de ce système d'apprentissage, ce travail étudiera *Le jeu de rôles comme outil pédagogique chez le professionnel maître du jeu*, en Paragraphe 1 et *Les différents aspects du développement du jeu de rôles*, en Paragraphe 2.

PARAGRAPHE 1 - LE JEU DE RÔLES COMME OUTIL PÉDAGOGIQUE CHEZ LE PROFESSIONNEL MAÎTRE DU JEU

Cette activité en groupe et parfois individuelle est au centre d'un encadrement spécifique et elle est considérée comme un moment de socialisation des participants dès le début de l'exercice jusqu'à la fin du travail en incluant tout de même la période de pose et le temps de manger. Dans un travail de socialisation regroupant des adultes et des enfants, ces derniers contestent la participation des premiers au jeu. Raison pour laquelle le directeur du jeu s'interrogeait sur les règles et les sens des objectifs visés puisque ça leur permettait « *De se dégager d'un vécu persécutoire des contraintes pour aller vers un consentement au partage, à la réciprocité, et conduit à l'affirmation de soi et au dialogue* »¹¹⁶⁵.

L'animateur de la séance reste de son côté, une personne à l'extérieur de la scène. Il n'est pas de même préoccupé par l'histoire du jeu de façon personnelle puisqu'il n'a pas de

¹¹⁶³ *Ibid.*, p. 4.

¹¹⁶⁴ *Ibid.*

¹¹⁶⁵ Gérard CHIMISANAS, « *L'atelier théâtre* », Empan 2007-2, n° 66, pp. 157-162. p. 1.

connaissances préalables à celle-ci. Toutefois, son travail est de veiller à la pratique des bases théâtrales dans le cas de psychodrame et de sociodrame.

Chaque membre du groupe doit travailler, quels que soient sa position, ses douleurs et souffrances, sa maladie, ses connaissances ou son niveau d'intégration.

Par exemple, si l'un des enfants d'un tel ou tel groupe n'est pas capable de suivre la démarche quelle que soit la raison, lors de l'aménagement de la pièce, il est toujours prévu, « *Sur le côté, une chaise pour l'enfant qui n'arrive pas à jouer, qui menace par son comportement l'énergie du groupe ou qui a besoin de se recentrer. De cette place, l'enfant est en retrait du travail : il ne s'implique plus corporellement, mais il reste dans le groupe et, par son observation du travail des autres, continue de se nourrir de ce qui se fait. Il pourra, dès qu'il le souhaite, revenir dans le travail, avec l'accord de l'éducateur.* »¹¹⁶⁶

Au-delà des règles générales comme le respect envers chaque participant, l'obligation d'écoute et de non-violence dans le groupe, il y a d'autres principes qui s'imposent dans la vie du collectif, ajoutés par le maître du jeu. « *Nous nous sommes aperçus que nous devons énoncer des règles très précises inhérentes à l'organisation de cet atelier afin de sécuriser la séance d'une part, et éviter les causes de débordement. Pour exemple :*

- *ce sont les adultes qui ouvrent les rideaux roulants en arrivant (les enfants se disputaient pour le faire et évitaient ainsi de participer au rangement de la pièce) ;*
- *on enlève ses chaussures et on ne les remet que lorsque la phase rangement de la pièce est terminée ;*
- *on quitte les pièces et on descend les escaliers tous ensemble, même si une partie du groupe est prête avant l'autre ;*
- *on ne s'assoit pas sur la chaise prévue pour l'enfant qui ne peut pas jouer si on n'est pas dans ce cas ;*
- *les enfants doivent se dire au revoir, ainsi qu'aux trois adultes, avant de partir (ce qui évite que les enfants s'en aillent comme une nuée de papillons) ;*
- *au moment de la séance de travail, en particulier lors des temps de parole en début et en fin de séance, on ne parle que des séances de travail ; actualité, vie de l'enfant, sont abordées lors du repas s'il le souhaite.* »¹¹⁶⁷

A] LA RÉPÉTITION OU L'ENTRAÎNEMENT AU JEU DE RÔLES

Tout d'abord, il faut différencier la répétition et la représentation. Cette dernière sera étudiée dans les prochains titres. Cependant, elles semblent nécessaires dans la démarche de soins psychodramatiques pour mener à bien le projet théâtral. La répétition est la partie la plus dure et la plus chronophage par rapport aux différentes phases de travail. C'est justement à partir de la répétition que le travail effectué pendant des semaines et des mois peut aboutir à une représentation. Pendant des mois et des mois, la même scène sera jouée et rejouée, corrigée et réorientée et évoluera progressivement.

Avant de s'entraîner à une situation, les artistes réunissent tous les participants à la préparation aux entretiens préliminaires ou aux briefings. Ici, ils vont essayer d'avancer le processus de soins envisagé à travers certaines séquences professionnelles pénibles. Ils

¹¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 4.

¹¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 4, s.

demandent aux patients ou à chaque groupe de participants d'explorer leurs possibilités et de trouver leur plaisir du jeu dans une situation pénible et ensuite de la dédramatiser.

À l'entrée de la scène, « *tout le monde se déchausse et met une chasuble beige pour protéger ses vêtements (pour le travail au sol) et pour entrer véritablement dans l'atelier. Les enfants et les adultes s'assoient en cercle sur la scène, nous faisons le point des "actualités" de l'atelier (les absents et la raison de leur absence si on la connaît, le retour des absents de la semaine précédente, les nouveaux [en début d'année], les semaines sans théâtre [vacances scolaires]...).* Tous ces petits événements qu'il faut évoquer pour ne pas que cela envahisse les enfants et qu'ils puissent entrer sereinement dans l'atelier. Puis le comédien présente le travail qui va être fait, le thème de la séance, et le rattache au travail déjà fait. Cela permet de formaliser l'enchaînement des séances : un fil conducteur. »¹¹⁶⁸

Ensuite, il y a la phase de l'échauffement appelée la mise en marche du corps. Ici, tout le monde se met à mettre en mouvement progressivement son corps avec des gestes et réactive sa voix à travers des expressions, des cris et des prononciations de phrases longues ainsi que de déclamations des mots ou d'expressions. Ces exercices apportent davantage un sentiment d'appartenance à un groupe de travail, donnent l'envie de jouer et évitent d'entrer dans le jeu de rôles – le théâtre, brusquement surtout sans brusquer le corps et/ou le cerveau. C'est une sorte de fitness artistique et d'activités dramatiques.

Une fois passée la phase d'échauffement, la répartition des tâches ou des personnages va suivre. Cette partie est importante puisque le directeur du jeu aura à procéder par petite question de routine, mais indispensable. Il va demander à chaque membre de groupe s'il veut changer de personnage ou s'il veut toujours garder son personnage. C'est important puisqu'il pourra savoir qui est vraiment intéressé par son rôle et qui ne se sent pas à l'aise avec son personnage.

Les exercices effectués sont des « *petites séquences en groupe ou en petits groupes où l'on utilise tout l'espace de la scène. Cela permet :*

- *d'une part, de travailler des notions inhérentes au théâtre (jouer des expressions, des personnages, des sensations, des jeux de voix...) ;*
- *d'autre part, de jouer sans public (donc sans regard d'autrui, sans pression...). Voir les autres jouer en même temps permet aux enfants de s'exprimer plus librement et de s'appuyer les uns sur les autres. »*¹¹⁶⁹

Le patient se prépare tous les jours à mieux s'intégrer, se réintégrer ou se resocialiser via des exercices sur de différents thèmes de son choix l'aidant dans sa création et dans son développement de soi-même.

Le personnel médical ou les étudiants en médecine peuvent aussi bénéficier des avantages de l'entraînement. Ce dernier aide à bien se préparer aux entretiens, aux oraux de concours d'enseignement. La présence de la fonction théâtrale est remarquable ou très dominante en cas de préoccupations fonctionnelles.

« *Cependant, la répétition trouve tout son intérêt en basculant lentement de la contrainte vers le plaisir. En effet, la redondance des filages permet de ré-initier, voire dans les cas les plus complexes, d'initier le processus créatif qui favorisera ensuite la découverte personnelle, et l'appropriation subjective de l'expérience de soi. "Se mettre en jeu, pratiquer*

¹¹⁶⁸ *Ibid.*, p. 5.

¹¹⁶⁹ *Ibid.*

le travail de l'acteur, expérimenter les différentes capacités d'expression de son corps ou de la voix dans l'espace, explorer le champ des émotions et la relation à l'autre est passionnant" (Milan, I., Desfosse, E., & Seigner, A-M., 2004, pp. 139-141). »¹¹⁷⁰

Même s'il n'y a pas de représentation finale, la répétition reste importante et indispensable pour le travail théâtral. Il n'y a pas de représentation finale du spectacle sans répétition.

1) La maîtrise du personnage et de l'adaptation

Dans cette partie, le patient acteur, c'est-à-dire celui qui participe au jeu, doit incarner son rôle de façon très définie lui permettant de répondre aux objectifs recherchés. Il n'est pas question de dire que tel ou tel personnage est bien ou non, mais de chercher à savoir qui a bien compris la règle dramatique et qui a su la mettre en pratique. Cela nécessite l'existence d'un personnage exemplaire, modèle que les autres participants doivent imiter ou auquel se conformer au mieux. Il n'est pas mauvais encore de mettre en lumière celui ou celle qui arrive à répondre aux méthodes dramatiques afin d'anticiper sa socialisation tant dans la famille que dans la vie professionnelle. Mais les commentaires doivent être fins et simples pour éviter de rendre jaloux les autres.

La maîtrise ou l'adaptation du personnage au théâtre ou à l'activité vivante demande le respect de méthodes actives. Il s'agit donc de chercher, par le jeu, avec toutes les possibilités, un moyen de rendre plus attractif son personnage en l'illustrant par des gestes, des postures, des répliques argumentant son opinion et son angle de socialisation. Le champ d'application du jeu de rôles est sans limites et les participants peuvent faire appel à toute discipline pour renforcer leurs rôles.

a) La performance personnelle ou la quête et le dépassement de soi-même

Les artistes exerçant à l'hôpital expliquent que la performance personnelle est l'ensemble des connaissances qu'un individu peut avoir ou acquérir sur soi-même tout au long de sa vie et de ses différentes expériences, tant du côté professionnel que familial et/ou social. L'avantage d'être en quête de soi-même aide la personne à être en accord avec elle-même, mais aussi avec ses actes. Il est difficile de pouvoir évaluer la connaissance personnelle, car elle est toujours incomplète. Pour bien l'évaluer, il faut tenir compte de certains comportements, de certaines attitudes, mais aussi des actes et des paroles avancées tout en tenant compte de son environnement.

« De ce fait, le développement de la quête de soi ouvre le champ des possibilités d'action d'un individu, mais également d'interaction avec son environnement. Au lieu de rester cantonnée aux possibilités, capacité, et limites que la personne s'est fixées, celle-ci, en se découvrant progressivement, peut exister à travers elle, et ce avec une liberté grandissante.

Le jeu pratiqué lors d'ateliers de théâtre est un espace de créativité infini. Il permet l'utilisation de sa personnalité toute entière. En effet, la créativité sollicitée lors de ce temps de jeu entraîne la personne vers des recoins inconnus de sa personnalité. Le jeu fait alors

¹¹⁷⁰ Alexandra BOUDET, « Ergothérapie et théâtre : accompagner le patient phobique social vers le processus de résilience », sous la direction de Jean-Philippe GUIHARD, Institut de formation en ergothérapie (IFPEK), mai 2014, p. 19.

tomber le mystère qui se cache derrière certains traits de sa personnalité et lui permet de se découvrir davantage. Afin de se découvrir, de découvrir de nouveaux aspects de lui-même, l'individu a besoin d'être plongé dans une nouvelle expérience, au sein d'une nouvelle situation que le jeu théâtral peut lui fournir. »¹¹⁷¹

Le jeu théâtral aide le malade à retravailler et à développer sa connaissance de manière à dépasser la raison et la réflexion sur soi-même et la connaissance peut aussi se développer par l'aide apportée par les organes de sens comme l'ouïe, la peau et la vue. Certains artistes disent que c'est à partir de là que le jeu dramatique trouve son intérêt. Dans l'exercice, le patient écoute, touche et voit, il s'écoute et il écoute les autres, il se touche comme il touche les autres et il se voit comme il voit les autres pour compléter son travail et pour développer sa connaissance selon son appartenance dans l'exercice et son milieu – espace du jeu. C'est une des manières les plus efficaces pour se découvrir concrètement et se dépasser via un personnage incarné.

« De plus, les émotions et les sensations procurées lors du jeu théâtral participent également à la quête de soi. Elles vont au-delà des idées qui peuvent être intellectualisées sur la connaissance de soi et caractérisent le processus de la connaissance tel qu'il peut être développé par la thérapie spécifique qu'est le théâtre.

La quête progressive de soi permet également le dépassement de soi. En effet, en travaillant sur sa connaissance personnelle, la personne sollicite conjointement le dépassement d'elle-même. Au fur et à mesure qu'elle se découvre, elle se fixe de nouveaux défis, tente de nouvelles choses et dépasse graduellement des limites qu'elle croyait être les siennes. Alors qu'il lui semblait par exemple impossible de jouer certaines scènes, si celle-ci y parvient, elle dépassera ses capacités connues, se surprendra elle-même, et il en résultera une connaissance grandissante d'elle-même. La médiation théâtrale propose au patient de cultiver, développer le processus résilient par le dépassement de sa souffrance ou encore de son sentiment d'incapacité. Il s'autorise à créer et dire, il exprime quelque chose de lui-même au sein d'un espace relationnel médiatisé par l'objet théâtral. »¹¹⁷²

b) Les orientations du maître du jeu

Le maître du jeu de rôles donne des consignes à respecter pendant le déroulement de l'exercice et il précise de ne pas jouer en tournant le dos au public par exemple sauf s'il est prévu pour faire des effets exceptionnels et particuliers. L'acteur doit être compris par le public et même par ses co-acteurs sans crier pour ne rien dire. C'est au maître du travail de préciser la valeur du silence dans l'improvisation tout en expliquant qu'il n'est pas nécessaire de parler pour communiquer. Parfois, le silence peut avoir un sens de communication et de transmission de message. Il faut prendre son temps pour comprendre le message de l'autre afin de bien répondre verbalement ou gestuellement ou bien même par le fait du silence. Une fois sur scène face au public, il faut éviter de rire pour rien, de montrer au spectateur ce que le stress donne au personnage et/ou de montrer son trac. Il faut laisser une marge aux émotions de se manifester seules en laissant venir les sentiments lointains et de nouer un climat psychologique capable de rendre vrai le jeu dans le rôle exercé. Il faut absolument éviter de

¹¹⁷¹ *Ibid.*, p. 22, s.

¹¹⁷² *Ibid.*, p. 23.

forcer la conscience de produire un thème, il est donc mieux de laisser librement l'esprit travailler sur un cours d'imagination et de création sans se forcer à coller un sujet ou une réplique sur une autre. Il est préférable de raconter en face du public quelque chose de cohérent, mais aussi de compréhensible pour le spectateur-voyeur.

Celui qui improvise ne doit pas attendre une idée réfléchie, les idées doivent être inattendues, bien soignées, intéressantes et capables de faire évoluer le dialogue sans répéter la même chose – ce qui est déjà dit. Il est conseillé de garder son regard vers le public et d'écouter son public puisque cela aide l'improvisation – le jeu de rôles. Il ne faut pas oublier que dans ce type de jeu le public peut contribuer par son apport à l'évolution et au développement de l'exercice – la représentation. Il est très méthodique d'occuper l'espace scénique, de se poser des questions sur l'espace en question, sur son rôle et son personnage avant d'agir. L'acteur est tenu de comprendre son milieu social et ce pour quoi il est là, afin de répondre aux besoins exprimés. Dans tout cela, le patient serait bien sûr capable de donner une information claire puisqu'il connaît déjà son univers et qu'il est capable de le décrire de façon précise.

2) Les apports du jeu dans la société

Quelle est la place du théâtre – du jeu de rôles dans la société ?

Cette question trouve sa place dans les observations d'Émile Lansman¹¹⁷³ qui disait que la plupart des interrogations des auteurs – des hommes de la littérature – s'orientent vers la place de la société dans le théâtre et il dit qu'il est temps de se demander ou de chercher à savoir quelle est la place du théâtre dans la société.

Pour répondre à cette question, Michel Vaïs expliquait en illustrant les propos d'Émile Lansman que ce dernier disait « *qu'en Roumanie, pays qu'il a beaucoup fréquenté, du temps des Ceausescu, les théâtres étaient pleins même s'ils présentaient des choses souvent insipides, inodores et incolores. Seulement, le théâtre était un lieu de résistance : la moindre allusion au cinquième degré, dans un texte visiblement pas fait pour cela, soulevait une réaction de la foule. Le simple fait d'aller au théâtre, d'être là ensemble, même si c'était pour voir des choses apparemment sans rapport avec une critique de la société, était important. Et le jour où les gens de théâtre ont pu jouer ce qu'ils voulaient, les salles se sont vidées. Même si les pièces sont devenues très agressives par rapport au pouvoir ancien ou présent, le public s'est désintéressé du théâtre.* »¹¹⁷⁴

En projetant un peu plus l'analyse, il est donc indispensable de savoir quels sont la vraie place, les enjeux et l'urgence du jeu théâtral dans la société d'aujourd'hui. Il est incontestable que le théâtre en Belgique a eu une influence surtout en 1830 lors de la révolution initiée par les hommes du théâtre et leur jeu dramatique. Le théâtre participe notamment aux grands débats politiques de certains pouvoirs publics, même si ceux-ci se

¹¹⁷³ Michel VAÏS, « *Théâtre et société : Quels rapports ?* », Éditions Cahiers de théâtre *Jeu*, (82), 8–21, année 1997. Émile Lansman est né en 1947. Il était un instituteur avant de devenir psycho-pédagogue de formation. Il continue progressivement à s'investir sur d'autres professions comme enseignant, journaliste, programmeur, formateur et enfin éditeur. Il a investi son savoir-faire pour évoluer non seulement dans le théâtre mais aussi dans les écritures francophones. Il est un éditeur de théâtre depuis 1989. En 1999, il crée et assure lui-même la gestion du nouveau Centre des Écritures Dramatiques Wallonie-Bruxelles. Aujourd'hui, il est considéré comme l'un des spécialistes européens de la science dramatique qui évolue au Canada et en Afrique.

¹¹⁷⁴ Michel VAÏS, « *Théâtre et société : Quels rapports ?* », *op. cit.*, p. 14.

demandent parfois à quoi sert le théâtre. C'est ainsi qu'ils cherchent, par tout moyen, à trouver un lien avec des critères définissant les objectifs de mesures de la valeur et de l'impact de celui-ci dans la société. « *La question corollaire serait de se dire : si le théâtre n'existait plus, si les pouvoirs publics décidaient de ne plus financer le théâtre, y aurait-il une révolution ? À quel type de réaction pourrait-on s'attendre ? Parallèlement, est-ce que les spectacles à l'affiche ici et maintenant s'inscrivent dans cette relation avec la société et, au-delà de leur contenu et de leur forme, en sont le reflet ?* »¹¹⁷⁵

Il fallait être un bon comédien, un bon créateur pour que le pouvoir public accepte et valide la création, mais aussi il était déjà bon en soi d'être à la hauteur de répondre aux besoins publics. Sans trop s'attarder sur cette partie politique, le jeu théâtral contribue à l'évolution du langage, de l'écriture théâtrale, de la littérature et au développement de la culture. C'est dans la langue que les images apportées auront du sens, de l'importance et de la valeur envers la société. Il facilite la communication entre celui qui est sur la scène et son public tout comme celui qui veut communiquer avec ses parents ou les membres de sa famille et son entourage. La langue permet à un sujet d'être bien étudié et bien défini dans une société déterminée. « *Enfin, la période actuelle nous fait assister à une sorte d'exaltation de la langue comme objet de plaisir, qui s'apparenterait au plaisir de jouer avec une matière et, donc, de produire des images sans avoir de comptes à rendre à l'égard d'une lutte sociale, d'un débat politique ou d'un discours constitué ou théorique. On serait aujourd'hui, en France, dans une phase plutôt ludique, libre. Faisant un rapprochement avec le théâtre québécois, Marie-Agnès Sevestre ajoute que récemment elle a été très sensible aux textes des Contes urbains du Théâtre Urbi et Orbi : des commandes liées à un thème, qui donnent un grand espace de liberté à la création. À son point de vue, s'il y a des images dans le théâtre québécois, elles viennent principalement de la langue. Quant à la dimension sociale, elle est traversée par cette forme d'expression.* »¹¹⁷⁶

Pour parler concrètement, la question du jeu de rôles dans l'activité du théâtre français du monde contemporain sur la base d'un schéma diachronique, Marie-Agnès Sevestre précise qu'il y a eu certainement une évolution sur le plan de l'art dramatique dans l'ensemble du territoire français « *Entre le Théâtre du Quotidien des années soixante-dix (valorisation du tragique de l'homme ordinaire, de sa situation d'homme invisible au sein d'une société) et la grande attirance pour les auteurs étrangers, au discours radical, qu'ont connue les années quatre-vingt avec Thomas Bernhard par exemple, dont les textes constituent une critique à la fois du théâtre et de la société.* »¹¹⁷⁷

Les apports du théâtre dans la société sont indéchiffrables. Plusieurs acteurs, metteurs en scène et dramaturges ont travaillé infatigablement sur des thématiques différentes, mais ce travail s'intéresse davantage aux écritures du jeu dramatique qui parlent ou qui traitent des multiples questions de la politique de santé publique en général qu'à celles des patients en particulier comme le cas des textes de Molière, de Jules Romains, Shakespeare et d'autres ainsi qu'au soutien de leurs comédiens et de leurs compagnies de théâtre. Ces dramaturges donnent à la santé plus de valeur par le jeu théâtral, c'est pourquoi les ateliers de celui-ci au sein de l'hôpital prennent une nouvelle image telles que la dramathérapie et la sociothérapie.

¹¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 15.

¹¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 10.

¹¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 11.

Ces deux termes démontrent que le théâtre reflète non seulement la société, mais aussi qu'il est considéré comme un instrument de changement de la société. Cela sous-entend ou parle aussi du changement de comportement, des attitudes et des connaissances de la population, des patients ou des participants aux ateliers issus de l'information, de l'éducation et de la communication véhiculées par le théâtre. Il véhicule en permanence à la conscience du public des éléments ou des informations considérées comme des injustices ou des inégalités sociales pour inciter le ou les malades ou les participants à réfléchir et à prendre des positions sur les questions les concernant. La population engage une voie de prévention dans les questions santé publique comme il a été prouvé dans la première partie, mais cet art dramatique contribue aussi à la résolution de conflits sociaux. Il participe bien sûr à la mise en place des moyens techniques de réadaptation, de rééducation et de réorganisation sociale. L'art dramatique prend en charge le malade dès la validation de son accord, lui donnant accès aux soins dramatiques jusqu'à la fin de son insertion ou de sa réadaptation sociale.

a) Le jeu de théâtre comme moyen de prévention et/ou d'outil d'interventions à la résolution des conflits sociaux

Le jeu de rôles est employé, de plus en plus, dans les ateliers de santé à destination de moyens ou d'outils d'interventions et d'intermédiaires dans le processus de soins du patient ou de l'ensemble des participants. Il est toujours utilisé selon un point de vue purement psychologique – optique de psychologisation des patients ou bien même « *d'affectivisation des phénomènes institutionnels et sociaux. Actuellement, dans la formation des agents de maîtrise, il tend par exemple explicitement à induire, à la place des comportements autoritaires caractéristiques de la "maîtrise traditionnelle" de nouveaux comportements jugés plus efficaces pour éviter l'apparition de conflits. De "courroie de transmission" le nouveau contremaître doit devenir un "tampon" entre la base et la hiérarchie. Le but, bien entendu, n'a pas changé, il s'agit toujours que les ordres soient bien exécutés. Le succès actuel de l'analyse transactionnelle n'est pas dû à une mode, il s'agit là d'un outil élaboré, qui utilise fréquemment le jeu de rôles, et qui va structurellement dans ce sens : acquisition de modèles comportementaux préétablis à partir d'une psychologisation (ici particulièrement simpliste) des rapports sociaux. On peut également ranger dans cette catégorie la prévention ou le traitement d'autres types de conflits, conjugaux, familiaux... »¹¹⁷⁸*

Au sens large, il est possible que le patient se trouve en conflit entre deux idées, entre deux ou plusieurs choix ou entre deux des actions entre lesquelles son esprit balance sans pouvoir s'en défaire soit par la prise en otage de l'angoisse, de l'émotion, du stress ou du plaisir de l'un ou l'autre choix. En apprenant à gérer son temps, son corps, sa psyché et son espace, l'individu devient capable d'assurer une analyse de faire la part des choses et de choisir. La conscience ne doit pas se laisser dominer par le plaisir ou le désir tout comme la colère ou toutes formes d'émotions. La maîtrise de soi, dans l'interaction ou dans les faits, est un bon exemple de prévention et de gestion de conflits. Gérer son souffle, ses paroles, ses répliques et ses gestes est l'ultime moyen de résolution de conflits personnels, mais aussi avec l'autre.

¹¹⁷⁸ Jean-Pierre OBIN, « *Objectifs et techniques du jeu de rôles en formation* », *op. cit.*, p. 6.

b) Le jeu de rôles : un moyen de réadaptation, de rééducation sociale et de réorganisation sociale

Les artistes militants du « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹¹⁷⁹ favorisant la pratique du jeu de rôles dans le processus de soins, défenseurs de ce type d'intervention, précisent que ce jeu est plus favorable pour les personnes présentant un handicap d'infirmités ou de surdités, car elles apprennent des comportements adaptés et jugés plus efficaces ou facilitateurs de la vie sociale. Chaque atelier s'adapte en fonction des participants et travaille sur des activités conformément à l'état mental et physique de ceux-ci.

Ils éduquent les patients marginalisés ou exclus soit de leur milieu social par les effets des drogues, d'alcools soit par leur situation de détenus, en leur présentant de nouveaux objectifs d'apprentissages de comportements et d'attitudes d'insertion, de réinsertion ou de rééducation à travers le jeu de rôles.

La plupart du temps, à la fin de chaque atelier, le maître du jeu procède à l'ouverture d'un champ d'accompagnement et de réorganisation sociale dans un contexte de déracinement. Il valide avec le ou les sujets en question un projet d'accélération de nouvelles actions facilitant l'évolution d'un ou des tissus sociaux pour des patients en voie de construction. C'est le cas de plusieurs patients après avoir lutté contre le fardeau de la maladie ou de la douleur tout comme cela a été fait pour les travailleurs migrants.

Le jeu de rôles intervient dans un projet psychosociologique et/ou sociologique et institutionnel dans le but bien de recadrer le patient. Selon le même compte-rendu du 1980, « *le jeu de rôles peut être utilisé dans ce contexte, seul ou associé à d'autres techniques projectives, dans des groupes Balint, groupes de contrôle, groupes de diagnostic. Il peut être également employé pour faire surgir des "analyseurs" lors d'une intervention socioanalytique. [...]*

Ce qui est directement visé, dans la plupart de ces utilisations sociales du jeu de rôles, c'est la modification ou l'élaboration d'un nouveau comportement, soit que l'ancien soit jugé défaillant par rapport aux normes, soit le plus souvent que celles-ci aient évolué. [...]

Le jeu de rôles est ici utilisé comme un moyen, parmi d'autres, approprié à l'expression d'une certaine spontanéité. Avec des objectifs divers, l'accent est mis sur le "déblocage" des potentialités, sur l'abaissement des défenses culturelles et la mise à l'écart des conventions sociales. Dans cette optique, il possède l'avantage sur d'autres techniques (écriture automatique, "brain storming"...) de mettre le corps en jeu. [...]

Ces groupes résistent à un étiquetage pédagogique ou social, puisqu'ils s'adressent à des individus volontaires, avec des objectifs apparemment dénués de préoccupations de rentabilité professionnelle ou sociale immédiate. Ce qui est souvent évoqué, en guise de programme, est de l'ordre du développement de la personnalité, du changement ou de l'épanouissement personnel. [...] Que le champ d'application soit la publicité ou l'entreprise, ce qui est encore visé est la modification des comportements. Mais on se trouve ici en amont de l'action sociale : le jeu de rôles n'est pas en prise directe avec un modèle comportemental, soit qu'il intervienne dans une phase d'analyse (publicité) soit que le produit vendu (créativité) apparaisse comme un "supplément d'âme" dont on accepte qu'il n'ait pas une

¹¹⁷⁹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

rentabilité immédiatement mesurable [...] Les préoccupations comportementales ne sont pas pour autant absentes : pour la publicité (ou la propagande), c'est le comportement des consommateurs qui est visé, dans l'entreprise on escompte bien [...] un renouveau du dynamisme de l'encadrement. »¹¹⁸⁰

Dans ce mode de réorganisation sociale, les enfants et les résidents des ateliers participent tous ensemble à la mise en place du repas après l'exercice : emplacement du service et rangement de la table. Il est bien établi des mesures lors du repas, mais le temps de ce dernier est souple et simple puisque tout le monde mange ensemble et il n'est pas cadré comme celui du théâtre. Les adultes et les enfants et même quelques membres de familles mangent autour d'une table au gré de leur envie. C'est ici qu'ils peuvent parler des entrées et des sorties des autres membres du groupe, les sorties du théâtre ou d'autres sujets intéressant le groupe ou l'individu.

Manger tous ensemble est un moyen d'achever le travail et de le clôturer dans la convivialité. Il est aussi un moment de socialisation non négligeable encadré par certaines règles dont le respect s'impose à chacun, telles que se servir tout en pensant aux autres, respecter la nourriture, respecter le temps du repas, rester à table jusqu'à la fin du repas sauf en cas d'urgence, ranger la table tous ensemble.

Ce moment de réorganisation et de socialisation est aussi un temps dont chacun peut faire usage pour exprimer ses ressentis ou tout ce qu'il a vécu lors de l'atelier. Il est aussi important de bien préciser que l'exercice prend toujours fin quand la table est rangée et ils retournent tous vers l'entrée pour se dire « *Au revoir, à la prochaine séance et/ou à la semaine prochaine* ». C'est une manière de bien cadrer la sortie et d'éviter que les enfants partent en pagaille sans avoir la manière de saluer son prochain avant de partir.

B] QUELQUES OUTILS DU JEU DE RÔLES POUR LE DÉVELOPPEMENT DU PATIENT

Tout d'abord, le mécanisme et les fonctions du jeu sont indéfinis et indissociables dans la recherche du développement du patient. Cette partie se propose de parler des aspects qui se dynamisent dans le jeu et qui favorisent le développement de l'enfant ou de chaque participant aux séances d'atelier théâtre. Ce dernier s'inscrit dans le registre des sciences du déploiement des moteurs cognitifs, affectifs et sociaux. Il est toujours admis que jouer au psychodrame suppose le rassemblement d'un certain nombre de capacités, de qualités et de déterminants tant sur le plan psychique que sur le plan psychomoteur de celui qui va jouer le jeu. C'est dans l'activité du théâtre, du psychodrame que l'enfant va essayer de passer par des manipulations de phénomènes extérieurs pour apprendre et pour définir des objets concrets tout en impliquant son corps physique et mental et des actions de motricité, comme expliqué dans les chapitres précédents. Les artistes disent que l'envie de jouer peut venir à tout moment de la vie ou se déclencher tout simplement parce que le corps ressent des émotions qui révèlent un ou des côtés ludiques cachés par le corps ou par tout autre chose. Pour assurer et accompagner le bon déroulement du jeu de rôles et du développement de l'enfant par exemple ou de la simulation à la socialisation de malade, la Haute Autorité de Santé a développé en

¹¹⁸⁰ Jean-Pierre OBIN, « *Objectifs et techniques du jeu de rôles en formation* », *op. cit.*, p. 7, s.

décembre 2012, dans le Guide des bonnes pratiques¹¹⁸¹, différentes techniques et des outils pédagogiques pour recadrer le jeu de simulation. Il explique largement à quoi ressemblent les différentes techniques de simulation susceptibles d'être utilisées en santé dans son :

Tableau 1. Les différentes techniques de simulation en santé¹¹⁸²

| | | |
|----------------|---|--|
| <i>Animal</i> | <i>Expérimentation animale</i> | <i>L'expérimentation animale permet un apprentissage de gestes chirurgicaux simples (sutures) et complexes (cœliochirurgie chez le cochon par ex).</i> |
| <i>Humaine</i> | <i>Utilisation de cadavres</i> | <i>L'utilisation de cadavres peut permettre un apprentissage de gestes techniques en chirurgie, mais aussi en anesthésie-réanimation et médecine d'urgence (abord voies aériennes, voies veineuses centrales, anesthésies locorégionales, procédures chirurgicales, etc.).</i> |
| | <i>« Patient standardisé »</i> | <i>Le « patient standardisé » est un patient « volontaire » ou un acteur qui est sollicité sur la base d'un scénario préétabli et d'une description détaillée de son « rôle ». Il permet de développer des compétences en matière de communication avec le patient lorsqu'il existe un enjeu fort (annonce de mauvaises nouvelles par exemple) ou lorsqu'il convient de donner une information complexe à un patient (information bénéfique/risque). Il autorise ainsi la réalisation par exemple de consultations simulées.</i> |
| | <i>Jeu de rôles</i> | <i>Le jeu de rôles est une technique pédagogique d'apprentissage des habiletés relationnelles. Il s'agit de simuler une situation vraisemblable et en partie imprévisible dans un environnement fictif spécifique. Les personnes y jouent un rôle fictif plus ou moins déterminé, en improvisant le dialogue. Le jeu de rôles permet une mise en situation effective et nécessite une implication personnelle de chaque participant. Il prend appui sur le vécu personnel et professionnel de chacun. Il peut permettre d'analyser les comportements des acteurs et de donner un retour d'information sur son propre comportement.</i> |
| | <i>Simulateurs patients (haute ou basse fidélité)**</i> | <i>Les simulateurs patients sont des mannequins grandeur nature (adulte, enfant, nourrisson) très réalistes. Plus ou moins sophistiqués, ils peuvent être pilotés par ordinateur et ont la possibilité de respirer, parler, et répondre à des stimuli lors d'interventions (mannequins haute fidélité). Les mannequins obéissent à un scénario préétabli ; le formateur peut faire varier leurs constantes vitales et leur état clinique. Contextualisées dans une salle d'opération ou de réanimation, les situations cliniques vécues le plus souvent en équipe sont extrêmement proches de la réalité.</i> |

¹¹⁸¹ Haute Autorité de Santé, « Évaluation et amélioration des pratiques : Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé », décembre 2012. Ce guide est disponible et téléchargeable gratuitement sur : www.has-sante.fr

¹¹⁸² *Ibid.*, p. 11.

| | | |
|----------------------------|---|--|
| <p><i>Synthétique</i></p> | <p><i>Simulateurs procéduraux (haute ou basse fidélité)**</i></p> | <p><i>Les simulateurs procéduraux permettent un apprentissage par la répétition de gestes dans une procédure, le plus souvent technique, et cela sans risque pour le patient. Ce type de simulateur couvre un large éventail de procédures : tête d'intubation, arbre bronchique pour endoscopie, bras pour perfusion, gestes chirurgicaux usuels tels que les différents types de sutures et les anastomoses digestives et vasculaires. Les simulateurs chirurgicaux, dans leur forme la plus simple, sont constitués par exemple d'une boîte cachant la vision directe (pelvic trainer), intégrant ou non une caméra, et permettant de réaliser des exercices variés (préhension, suture, dissection aux ciseaux...) courants en laparoscopie. Certains simulateurs sont plus sophistiqués et permettent de reproduire des situations interventionnelles de haute technicité comme par exemple des simulateurs de coronarographie, d'interventions complètes en cœliochirurgie, d'endoscopie digestive, d'angiographie, etc. Ils utilisent des logiciels très performants.</i></p> |
| <p><i>Mixte</i></p> | <p><i>Simulation hybride</i></p> | <p><i>La simulation hybride est l'association de plusieurs techniques de simulation. Par exemple, la combinaison d'un patient standardisé et d'une partie de mannequin (bassin d'accouchement pour l'apprentissage de gestes obstétricaux, « peau simulée » pour perfusion ou sutures, etc.) contextualisée dans un environnement adéquat apporte du réalisme aux scénarios en ajoutant les réactions du patient ; dans ce cas, cette technique est qualifiée de haute fidélité.</i></p> |
| <p><i>Électronique</i></p> | <p><i>Réalité virtuelle et/ou réalité augmentée</i></p> | <p><i>La réalité virtuelle est un domaine scientifique et technique exploitant l'informatique et des interfaces comportementales en vue de simuler dans un monde virtuel le comportement d'entités 3D, qui sont en interaction en temps réel entre elles et avec un ou des utilisateurs en immersion pseudonaturelle par l'intermédiaire de canaux sensorimoteurs. Elle permet d'appréhender des situations complexes, ou d'étudier des concepts illustrés de manière plus concrète par des modèles informatiques. Ces applications sont interactives et permettent par exemple de comprendre comment un équipement peut être utilisé, de s'entraîner à prendre des décisions cliniques pour un patient virtuel en fonction de l'ajustement de différentes variables, mais uniquement par l'intermédiaire de l'écran de l'ordinateur. La réalité augmentée désigne les systèmes informatiques qui rendent possible la superposition d'un modèle virtuel 3D ou 2D à la perception qu'un individu a naturellement de la réalité et cela en temps réel. Elle désigne les différentes méthodes qui permettent d'incruster de façon réaliste des objets virtuels dans une séquence d'images. Elle s'applique aussi bien à la perception visuelle (superposition d'images virtuelles aux images réelles) qu'aux perceptions proprioceptives comme les perceptions tactiles ou auditives.</i></p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Environnement 3D et jeux sérieux (serious games)</p> | <p><i>L'environnement 3D se rapproche par son réalisme des environnements de jeux vidéo les plus performants, même si le coût de création des environnements réalistes virtuels est très élevé. Ces techniques ne présentent pas en théorie de limite dans la diversité des situations qu'il est possible de créer, et permettent une immersion totale dans la situation mise en scène. Les jeux sérieux (de l'anglais serious games) sont des applications développées à partir des technologies avancées du jeu vidéo, faisant appel aux mêmes approches de design et savoir-faire que le jeu classique (3D temps réel, simulation d'objets, d'individus, d'environnements...), mais qui dépassent la seule dimension du divertissement. Ils combinent une intention sérieuse, de type pédagogique, informative, communicationnelle, ou d'entraînement avec des ressorts ludiques. Ils sont en quelque sorte une déclinaison utile du jeu vidéo au service des professionnels.</i></p> |
|--|---|--|

1) Quelques outils pédagogiques du jeu de rôles

En principe, le jeu de simulation peut comporter une session ou deux ou plusieurs selon le niveau de l'état de santé ou les objectifs envisagés. Dans une session de simulation, il y a plusieurs séances de simulations dont chacune se développe selon un schéma préétabli qui est réparti en trois phases : « *La première est le briefing, qui permet au formateur de préciser le cadre de la séance et ses objectifs précis ; la deuxième est le déroulement du scénario de simulation et enfin, la dernière phase est le débriefing pendant lequel le formateur fait part, en particulier, de son feedback à l'apprenant.* »¹¹⁸³

Ce même Guide précise que chaque atelier de simulation doit absolument commencer par un briefing qui doit être préparé, structuré et orienté par formateur quand il s'agit de l'enseignement bien sûr, mais ici c'est le comédien qui doit assurer. C'est dans cette phase que l'image du déroulement de la scène se dévoile ou s'affiche ainsi que la préparation du débriefing.

Dans un atelier d'art dramatique expérimenté dans l'enseignement du jeu de rôles avec les patients et d'autres participants, « *le briefing est un temps indispensable de familiarisation des apprenants avec le matériel (possibilités et limites du mannequin, matériel à disposition, etc.), de présentation du contexte (ce qui a précédé la prise en charge simulée : passage aux urgences, sortie de bloc opératoire, etc.) ainsi que de l'environnement (locaux, présence de tiers ou de la famille, etc.). Le formateur explique aux apprenants, mais également aux observateurs, le déroulement de la séance de simulation et les consignes pour l'optimiser. Il précise avec les apprenants leurs attentes, de manière à éventuellement réduire le décalage entre celles-ci et les objectifs pédagogiques de la séance de simulation. Le formateur rappelle les principes de confidentialité et les règles déontologiques (en particulier concernant l'enregistrement vidéo) conformément à la charte établie par l'infrastructure. Il peut être demandé aux apprenants de ne pas diffuser et partager les scénarios des cas présentés afin de ne pas biaiser le déroulement des séances de simulation à venir pour les prochains*

¹¹⁸³ Ibid., p. 14.

apprenants. D'autres éléments psychologiquement importants sont aussi passés en revue, en particulier l'absence de jugement porté, de pièges intentionnels de la part des formateurs, et bien entendu de risque pour le "patient". D'une manière générale, le formateur met à l'aise les apprenants afin de créer un environnement propice à l'apprentissage. »¹¹⁸⁴

Cette phase est suivie par le déroulement du scénario après le passage obligatoire au briefing. Le déroulement du scénario est effectué en général par les apprenants, les patients et les comédiens, mais il est toujours guidé par le maître du jeu si c'est un atelier de socialisation ou le formateur lorsqu'il s'agit d'un enseignement médical. Ces deux professionnels ont l'obligation d'adapter le scénario en fonction de l'évolution de leurs interactions. Leurs rôles et leurs compétences sont indispensables non seulement pour la construction du scénario, mais aussi pour son adaptation. La Haute Autorité de Santé précise clairement dans ce Guide qu'il est nécessaire que celui qui gère l'atelier « dispose d'une connaissance et d'une expérience solides de l'approche pédagogique par la simulation et de la thématique abordée. En effet, dans la conduite de la séance, le formateur procède par ajustements permanents du scénario, afin de maintenir les apprenants en situation de résolution de problème(s). Si nécessaire, il peut intervenir lui-même ou par le biais d'un facilitateur pour aider les apprenants, en particulier quand ceux-ci se trouvent bloqués dans une situation ou pour éviter d'évoluer vers une situation d'échec (par exemple, le "décès" du patient mannequin non prévu dans le scénario). Ces techniques permettent de favoriser la réalisation des objectifs pédagogiques. Une double contrainte s'impose au(x) formateur(s) : celle de faire évoluer le scénario et celle d'évaluer les apprenants. Elle peut être facilitée en partie grâce à une programmation complète des scénarios (dans le cas de la simulation haute fidélité) et à un enregistrement vidéo et/ou une indexation temps réel des événements. Ces éléments peuvent être alors utilisés lors du débriefing. »¹¹⁸⁵

L'HAS explique dans ce même document qu'après le déroulement du scénario, c'est le débriefing qui suit. C'est un temps d'analyse et de synthèse que les participants doivent partager tous ensemble avec le maître du jeu et/ou le formateur après la mise en situation simulée. Chaque étape est importante, mais celle-ci est le temps majeur d'apprentissage d'une part, et, d'autre part, de réflexion de la pièce simulée par groupe ou en individuel. Celui qui dirige la séance dramatique peut revenir sur le scénario soit sur une partie soit dans sa globalité, pour éclairer ou pour apporter des observations afin de dégager très rapidement avec les participants les points similaires aux objectifs escomptés par le projet dramatique. Ce feedback se centre généralement sur l'analyse d'évolutions et de performances durant le déroulement du scénario et il enrichit à la fois les participants et le professionnel exerçant. Ce dernier joue un rôle très important, car sa présence facilite tant le débriefing que la gestion de réflexions apportées par les participants – les apprenants. Il ne doit pas avoir un caractère strict.

Selon le Guide de la Haute Autorité de Santé, le débriefing est reparti en trois phases. Il y a la phase descriptive, la phase d'analyse ensuite, la dernière phase d'application ou de synthèse : « 1. La phase descriptive : elle débute par un rappel par le formateur des informations permettant de travailler et de s'exprimer en confiance, afin d'éliminer de nouveau l'idée de jugement et/ou de piège. Dans un premier temps, il est important d'aborder

¹¹⁸⁴ Ibid.

¹¹⁸⁵ Ibid., p. 15.

avec les apprenants la manière dont ils ont vécu la séance de simulation. Ainsi, chaque apprenant est invité à exprimer ses impressions et ce qu'il a ressenti (émotions/sentiments). Ensuite, le formateur pose des questions simples et ouvertes : que s'est-il passé ? Pouvez-vous décrire le scénario ? Les apprenants y répondent en verbalisant les faits, les raisons et les modalités des actions qu'ils ont entreprises, les motivations et les intentions (quand j'ai fait cela je pensais que... ; je voulais parvenir à... ; j'ai cru que X voulait ça, etc.).

2. La phase d'analyse : elle est souvent la phase la plus longue. Elle permet d'explorer les raisons pour lesquelles les actions ont été réalisées ou au contraire non réalisées et d'interpréter le raisonnement qui sous-tendait les décisions prises. Tous les apprenants peuvent réagir et il est important que l'ensemble des personnes puisse s'exprimer dans un langage non agressif en dehors de tout jugement partisan. Cette phase doit être bien guidée par le formateur pour éviter d'éventuels conflits.

3. La phase d'application ou de synthèse : elle permet aux apprenants de faire une synthèse de ce qu'ils ont appris de la situation simulée. Il est habituel que le formateur leur demande s'ils auraient pu faire différemment et comment cette simulation pourrait faire évoluer leur façon de faire. Cette phase peut amener à identifier de nouveaux objectifs d'apprentissage. Enfin, le formateur donne un feedback aux apprenants sur la séance de simulation dans son ensemble. Deux autres éléments doivent être évoqués lors du débriefing :

- La gestion du stress : un des éléments importants de la simulation est qu'elle permet aux apprenants de mieux se connaître et notamment de développer des méta-connaissances. Savoir parler de son stress et identifier la manière d'en abaisser le niveau permet ainsi de mieux y faire face ultérieurement en situation réelle. Il est donc important de l'aborder lors du débriefing.

- La gestion de l'échec : l'investissement psychologique demandé aux apprenants lors des séances de simulation est important et peut conduire à des situations de débriefing difficiles en cas d'échec lors du déroulement du scénario de simulation (non prévu dans les objectifs pédagogiques).

La prise en compte de l'impact émotionnel fait partie de la gestion globale du débriefing par le formateur. Il n'existe pas de durée idéale de débriefing. Cependant, il est conseillé qu'elle soit au moins égale à celle du déroulement du scénario et elle peut se prolonger bien au-delà. Le temps consacré doit être suffisamment long pour permettre l'analyse de la situation, prendre en compte les questions des apprenants et formuler une synthèse avec les messages clés. L'enregistrement vidéo et/ou une indexation temps réel des événements peuvent être utilisés comme support de débriefing, mais ne doivent pas en constituer la majeure partie. En effet, il n'est pas nécessaire de revisionner entièrement le déroulement du scénario, mais plutôt, grâce au système d'indexation, d'en sélectionner rapidement les phases importantes pour appuyer au mieux les messages du formateur. Lorsque les séances de simulation se font en groupe, la vidéo permet aux apprenants "non participants" de pouvoir observer la retransmission du scénario et ainsi de pouvoir bénéficier au mieux du débriefing. Le bon déroulement d'un débriefing dépend bien entendu de facteurs importants tels que : le niveau de compétences des apprenants et des formateurs, la définition des objectifs pédagogiques, la crédibilité des scénarios et leur durée, etc. »¹¹⁸⁶

¹¹⁸⁶ Ibid., p. 15, s.

Ces trois phases encouragent davantage les apprenants de médecine, les participants membres des familles et les patients mêmes ainsi que le public qui peuvent tous ensemble y participer et y contribuer par leurs observations afin de faire évoluer le projet artistique, médical et scientifique. Les analyses doivent s'orienter uniquement du côté de l'analyste. Il faut savoir distinguer les observations « artistico-socio-médicales » et celles du domaine purement médical.

a) L'organisation : comité pédagogique et/ou scientifique

La Haute Autorité de Santé continue d'apporter son soutien à la pratique de l'art dramatique au sein de l'hôpital, particulièrement dans les séances de simulation avec les patients, en ouvrant la possibilité de mettre en place différentes infrastructures, mais leur organisation doit faire l'objet d'identification et leur mise en place doit répondre aux exigences générales prévues dans le chapitre intitulé « Missions et gouvernances ». Sur la partie missions, il est recommandé que la structure ait les qualités suivantes : *« La ou les missions sont explicitées. Celles-ci peuvent viser la formation, l'analyse et l'amélioration des pratiques, ou la recherche. Les éléments qui y contribuent font l'objet d'une description détaillée :*

- *type de structure (association, groupement de coopération sanitaire (GCS), groupement d'intérêt scientifique (GIS), structure privée, etc.) ;*
- *type(s) de prestation(s) proposée(s) (simulation haute ou basse fidélité, simulations procédurales, consultations simulées, etc.) ;*
- *capacité d'accueil et type de public accueilli (spécialités médicales et/ou paramédicales) ;*
- *offres de formation et/ou de DPC ;*
- *couverture géographique (régionale ou locale, délocalisation des actions, etc.) ;*
- *types de diplômes, certificats ou attestations délivrés. »¹¹⁸⁷*

Dans ce même chapitre, la partie gouvernance explique largement tout en précisant que dans chaque projet de simulation validé pour une organisation, il est impératif qu'il y ait *« une organisation qui assure que les missions peuvent être réalisées. Elle inclut des composantes administrative et décisionnelle. Les modalités de gouvernance sont décrites ; celles-ci doivent être en particulier représentatives des professionnels de santé qui ont recours aux programmes de simulation. La gouvernance doit être garantie par un temps de personnel dédié de manière formalisée, et facilitée par la présence d'un règlement intérieur défini et validé. Elle est décrite par un organigramme qui précise en particulier :*

- *le responsable de l'infrastructure (cf. 2.5.1) ;*
- *le responsable scientifique et/ou pédagogique (cf. 2.5.2) ;*
- *les relations avec les partenaires. Elles font l'objet de conventions. La gestion des conflits d'intérêts est assurée. Enfin, un rapport annuel d'activité est établi. »¹¹⁸⁸*

Dans ce schéma constructif et organisationnel mis en place par la Haute Autorité de Santé, il est imposé l'existence d'un Comité pédagogique et/ou scientifique qui veille à la

¹¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 19.

¹¹⁸⁸ *Ibid.*

qualité scientifique du projet ou des programmes de simulations artistiques fondés sur la pratique du jeu de rôles en atelier dramatique. Selon ce Guide, ce Comité pédagogique a comme rôle : « *D'établir une planification prévisionnelle, un rapport d'activité annuel, et de valider les actions entreprises :*

- *Programmes de simulation :*
 - *adaptation des matériels et technologies aux objectifs des programmes de simulation ;*
 - *évaluation de l'impact des programmes de simulation ;*
 - *communications (publications, congrès, etc.).*
- *Programmes de recherche : le comité pédagogique et/ou scientifique est composé de personnes ayant des expertises croisées en simulation, en pédagogie, et dans les thématiques enseignées. »*¹¹⁸⁹

Pour faire fonctionner l'activité dramatique au sein de l'établissement de santé, il y a plusieurs structures à mettre en place, mais les autres ne concernent pas directement ou concernent indirectement cette recherche. Il est difficile de passer outre, sans parler de l'organisation financière qui assure la gestion financière de l'activité de simulation artistique. Dans chaque projet annuel, un plan de financement est toujours établi et il comporte des éléments budgétaires expliquant les modalités d'investissement ainsi que le budget de fonctionnement. Il y a bien sûr des modalités de contrôle de gestion selon le budget accordé. Il y a toujours des comptes-rendus financiers. « *Les sources et modalités de financement sont également décrites (fonds publics et/ou privés, tarifs des prestations, fonds de recherche, subventions, etc.). Les partenaires financiers sont identifiés et leur contribution est contractualisée. Enfin, les processus décisionnels de répartition des fonds et d'utilisation des bénéfiques doivent également être décrits. »*¹¹⁹⁰

b) La Charte de déontologie

Il est indiqué dans le Guide qu'une Charte de déontologie est rédigée pour garantir une approche respectueuse ainsi que la protection de l'ensemble des participants : apprenants, patients standardisés, proches des patients, formateurs et comédiens ou autres, dans le processus d'art thérapeutique entrant dans le cadre de la session de simulation. La Charte comporte en particulier certains éléments indispensables comme :

- « *Patient standardisé : s'il est fait appel à des "patients standardisés" (acteurs, patients volontaires ou représentants d'associations de patients), l'intégrité physique et le respect de ces personnes et de leur vécu psychologique sont garantis.*
- *Droit à l'image : l'enregistrement vidéo ne doit jamais porter atteinte à la dignité des apprenants et doit être soumis à leur autorisation préalable. L'autorisation de la captation et de la diffusion de l'image d'une personne (quelle que soit la nature du support utilisé) doit être expresse (accord par écrit) et suffisamment précise quant aux modalités de son utilisation (pour quelle finalité l'autorisation a-t-elle été donnée, quelle sera la durée de l'utilisation de cette image ?).*

¹¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 20.

¹¹⁹⁰ *Ibid.*

- *Confidentialité : les conditions de travail des formateurs et des apprenants sont garanties (compréhension, confidentialité, respect et sécurité).*
- *Textes et code de déontologie : les programmes de simulation sont établis en respectant les différents textes et codes de déontologie respectifs des types d'apprenants.*
- *Conflits d'intérêts : les éléments de contractualisation avec les partenaires privés (industriels, laboratoires pharmaceutiques, etc.) et la gestion des conflits d'intérêts sont prévus par la gouvernance de l'infrastructure. »¹¹⁹¹*

Cette Charte déontologique¹¹⁹² engage chaque participant et tous les membres. Elle constitue l'image du fondement éthique de cette pratique au sein des hôpitaux. Elle a comme principe les valeurs maintenues dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et elle a comme but général d'établir un périmètre de protection des patients, des formateurs, des apprenants, des maîtres du jeu et des personnes associées facilitant l'expérimentation des rôles des patients standardisés ainsi que de différentes parties prenantes, que ce soit directement ou indirectement, dans la relation enseignant/enseigné. Cette Charte est rédigée avec dix articles développés de façon complémentaire¹¹⁹³.

2) Les intentions pédagogiques de la pratique de simulation dans les établissements de santé

Les exercices de simulation effectués dans le style du jeu de rôles présentent des objectifs très importants puisqu'ils permettent non seulement aux apprenants de se mettre à la place du patient pour effectuer des gestes d'apprentissages, mais aussi aux participants de se mettre à la place du patient pour s'entraîner à des gestes préliminaires et apprendre à effectuer des animations d'insertions du patient. Ils sont surtout là comme un moyen de pouvoir se mettre en situation fictive et de résoudre des problèmes liés à la santé.

Les raisonnements ou les arguments avancés lors des entretiens sont susceptibles d'être retravaillés aux actions dramatiques lors des échanges de simulations. Les mêmes raisonnements ou les arguments avancés jouent un rôle, d'une part, chez les apprentis médecins, plus particulièrement lors du débriefing qui est « *une longue séquence pendant laquelle le formateur favorise les échanges entre participants afin de les préparer à transférer les apprentissages à leurs pratiques professionnelles. La performance attendue des apprenants est celle d'un investissement lors de la séance de simulation et d'une participation active et bienveillante pendant le débriefing. L'analyse concerne les actions réalisées pendant la séance de simulation et jamais les individus en tant que personnes. Le contrat pédagogique qui lie les apprenants entre eux, et avec les formateurs, est fort : tous s'engagent à respecter l'autre et s'efforcent de favoriser les échanges de points de vue dans un climat de bienveillance propice à l'apprentissage.* »¹¹⁹⁴

D'autre part, pendant la séance dramatique, chaque membre de chaque groupe est tenu de respecter les règles d'hygiène, de sécurité et le matériel mis à la disposition de toutes les démarches culturelles. La Haute Autorité de Santé dans le même Guide demande que

¹¹⁹¹ *Ibid.*, p. 23.

¹¹⁹² *Ibid.*, p. 23.

Selon : Agence nationale de la recherche. Charte de déontologie. Réf DIR-REG-090309-L- 01-01. Paris : ANR, 2009.

http://www.agence-nationale-recherche.fr/fileadmin/user_upload/documents/uploaded/2009/Charte_deontologie_mars-2009.pdf

¹¹⁹³ Annexe numéro 9 : charte de déontologie

¹¹⁹⁴ Haute Autorité de Santé, « *Évaluation et amélioration des pratiques : Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé* », *op. cit.*, p. 15.

l'ensemble des règles d'hygiène et de sécurité en vigueur dans la pratique de santé publique soient applicables dans l'expérimentation artistique de type jeu de rôles simulé. Il est impératif de respecter la tenue vestimentaire, de se laver les mains, de porter des gants et des chaussettes durant l'exercice, de veiller à sa sécurité personnelle et à celle des autres. Le respect des locaux et du matériel est un élément pédagogique important. Le comédien, tout comme le formateur de l'enseignement médical, est responsable du bon déroulement et de l'usage du matériel pédagogique laissé à la disposition de tous. « *Ne pas oublier de protéger les tables lors des ateliers techniques pour éviter la dégradation (rayures, colorants, etc.), ne pas manger dans les salles de simulation et de régie audiovisuelle, mettre les déchets (gobelets...) dans les poubelles prévues à cet effet.* »¹¹⁹⁵

a) La gestion des ressources humaines et de managements de qualité

Il y a toujours au début de l'année un entretien annuel comprenant tous les membres de l'équipe artistique et ceux de l'équipe médicale pour définir le plan d'intervention, tout en élaborant une fiche technique définissant les besoins structurels ainsi que les demandes individuelles sur lesquelles ils seront susceptibles de travailler dans la démarche.

Chaque demande est transmise au service chargé des affaires culturelles de l'établissement pour validation d'un commun accord avec la direction. C'est pourquoi chaque budget d'activité prend en considération les besoins définis pour les patients et les besoins pour améliorer la formation des apprentis médecins.

Les établissements de soins planifient chaque début d'année une évaluation des revues de conception et des revues d'évaluation et ils programment des réunions pédagogiques de responsables de projets et de secrétariat afin d'améliorer l'étude de la simulation, après concertation de chaque partenaire. Les résultats sont communiqués ou portés à la connaissance de tous. Le programme de simulation est planifié avec le responsable du programme et le chef représentant du groupe. Le projet est communiqué aux partenaires.

Pour renforcer une gestion de qualité, le conseil pédagogique donne un avis sur un règlement intérieur soumis par les responsables des projets et une fois validé, il est porté à la connaissance de tous : patients, apprenants en médecine, participants, proches de patients ou publics cibles. La Haute Autorité de Santé ajoute encore dans le même Guide une disposition précisant que la Charte informatique, la fiche « *conduite à tenir en cas d'accident du travail* », la fiche d'amélioration du système qualité doivent être annexées au règlement intérieur.

Les artistes encadrants et les étudiants en formation se réunissent avec les patients deux fois par an pour recadrer l'exercice de simulation à base de jeu de rôles. Le management de qualité trouve sa place dans les conventions entre partenaires qui fixent les objectifs et les règles de partenariat.

Au début de chaque année, des réunions annuelles rassemblent les intervenants extérieurs qui participent aux projets de simulation et qui ont un droit de regard et d'observation sur le programme et son évolution.

¹¹⁹⁵ *Ibid.*, p. 67.

b) Exemple de jeu de rôles

Voici quelques exemples de projets d'études de simulations, du Guide des bonnes pratiques en matière de simulation en santé, validés par la Haute Autorité de Santé. « *Le médecin : face à votre patient nécessitant une modification de comportement pour améliorer son état de santé et/ou la vie de son entourage, vous déclinez votre entretien motivationnel avec empathie selon un déroulement formalisé comme suit :*

- *écoute réflexive ;*
- *questions pour objectiver le stade de changement ;*
- *accompagnement des résistances ;*
- *renforcement du sentiment de liberté ;*
- *renforcement du sentiment d'efficacité personnelle ;*
- *récapitulation ;*
- *adoption d'une attitude thérapeutique acceptée.*

Le patient n° 1 :

Votre femme qui vous a accompagné à la consultation demande au médecin de vous prescrire une prise de sang, car elle pense que vous consommez des bières avec excès.

Vous vous sentez piégé face au médecin, vous buvez vos bières en compagnie de vos amis, chacun paye sa tournée et c'est un moment agréable dans votre vie. Il est dommage que cela pose un problème à votre femme, mais c'est à votre liberté que l'on attende.

Le patient n° 2 :

Vous fumez depuis trente ans avec une première cigarette dès le matin après votre café. Le flash de la première bouffée est un régal. Vous ponctuez votre journée de travail de pauses cigarette qui vous aident à juguler le stress de votre profession. Bien sûr, votre budget tabac ampute quelque peu votre pouvoir d'achat sur des postes plus importants. L'initiation au club d'œnologie n'a pas été géniale et l'œnologue vous a conseillé de stopper le tabac pour mieux apprécier les vins fins. Enfin l'odeur de tabac froid de votre voiture vous écœure parfois et vous songez à diminuer ou interrompre votre tabagisme.

Le patient n° 3 :

Vous sortez de l'hôpital après une douleur de la poitrine suspecte qui est une première alarme sérieuse d'après le cardiologue. Votre médecin vous "rappelle à l'ordre" tous les trois mois sur la nécessité de diminuer les "sucreries" à cause de votre diabète qui n'est que rarement équilibré. Votre consommation quotidienne de chocolat semble être la cause de ce dérèglement et vous avez la ferme intention de la stopper. Vous avez 50 ans et un collègue est décédé dernièrement, ce qui vous amène également à réfléchir sur votre état de santé. »¹¹⁹⁶

PARAGRAPHE 2 - LES DIFFÉRENTES APPARENCES DU JEU DE RÔLES

Avant de commencer le jeu, plusieurs participants ne voulaient pas entrer dans le jeu et la majorité d'entre eux disaient qu'ils n'aimaient pas ce genre de jeu et plus particulièrement le jeu de rôles. Ce phénomène est fréquent dans la plupart des établissements de santé pratiquant l'art dramatique comme moyen de réinsertion et de socialisation, lors des premières

¹¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 55.

rencontres avec les patients, mais ces derniers changent toujours d'avis une fois l'exercice commencé. Lors des enquêtes de recherches, les patients expliquaient ainsi dans une phase d'échanges avec Madame G. : « *Je ne pensais pas que ça allait être très intéressant comme ça. J'ai enfin pris goût aux jeux de rôles en fait. Loin de mon imagination, mais je trouve ça vraiment bien.* » Abdou Mboreha Yacoub, responsable des ateliers intitulés « *Maison bâtonnets* » à l'Association Les Jours heureux à Paris 13^e, affirmait que ce problème est récurrent et que la majorité de ses résidents ne veulent pas débiter le jeu, mais une fois le jeu commencé, ils ne veulent surtout pas arrêter. Il affirme que ce phénomène est similaire à celui qui hante la pensée de résidents participants aux ateliers de ses collègues qui pratiquent d'autres moyens thérapeutiques fondés sur l'art ou la culture en général. Monsieur X. disait à son tour : « *Finally, j'étais agréablement surpris par la qualité du travail et le style du jeu mis en place par le comédien. Si on pouvait toujours apprendre, éduquer, informer, communiquer de cette façon-là, ce serait hallucinant.* » Un autre résident disait : « *Pour moi, le jeu de rôles, ce n'est pas du tout mon truc et je ne pensais pas participer un jour à ces genres d'ateliers, mais finalement j'ai compris que je m'étais trompé. J'ai un ressenti positif du jeu de rôles et je conseille à ceux qui ne veulent pas y participer de venir le tenter. Il suffit de venir par plaisir au début, mais au fur et à mesure, leur conception changera. Ils auront un aspect ouvert et positif envers ce jeu.* » Dans sa thèse Chloé Cécile Delacour explique concrètement : « *L'une des participantes, qui appréciait déjà l'outil, a été renforcée dans son sentiment : "Je pensais que ça pouvait être bien, enfin que ça pouvait être intéressant, et j'ai trouvé que c'était encore plus intéressant que ce que je pensais." Malheureusement, pour certains, il persiste des craintes à participer en tant qu'acteurs, même s'ils reconnaissent l'intérêt du jeu de rôles : "Je serais observatrice avec grand plaisir, aucun problème, mais non j'aime toujours pas ça, mais c'est utile je pense."* »¹¹⁹⁷. Cette difficulté à pouvoir accepter ce jeu n'était pas uniquement chez les patients, car certains étudiants en médecine ont cette difficulté et n'épousent pas facilement cette manière de travailler pour faire ressortir les ressentis, les émotions ou les stress des malades. Il est compréhensible qu'ils soient étonnés des bienfaits de cet art, puisqu'ils ne sont pas convaincus dès le départ ou au commencement du jeu. Certains d'entre eux pensent que seule la thérapie médicamenteuse peut changer la santé du patient ou son comportement. C'est un pressentiment, comme dit Abdou Mboreha Yacoub, mais la réalité prouve ouvertement que la pratique de l'art dramatique apporte une nouvelle stratégie pour se comprendre et se découvrir ainsi que pour assimiler le monde à travers l'apprentissage du métier de Molière.

Comment le maître du jeu de rôles peut-il faire apparaître le vrai visage de ce jeu auprès des participants aux ateliers et même aux apprentis médecins habilités à faire usage de cette méthode de travail et de recherche en santé ? Pour comprendre l'image flatteuse du jeu de rôles dans les établissements de santé, il faut porter son regard vers les différentes branches de formations ainsi que vers les outils et les méthodes appliquées par le comédien, l'acteur responsable du déroulement de l'activité.

¹¹⁹⁷ 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 ?* », op. cit., p. 57.

A] LES BRANCHES DE FORMATION

Cette partie peut aider la compréhension ou l'apparition du vrai visage ou du spectre du jeu de rôles au sein des établissements de santé, mais elle reste encore critique puisque le vrai comédien – art-thérapeute reste méconnu dans le Code de la santé publique.

Cette partie concerne plus particulièrement les apprentis du métier puisqu'ils sont les seuls à pouvoir donner ou redonner une belle image à cette activité dramatique. Dans cette partie, la recherche explorera le cadre de la formation des art-thérapeutes. Car le métier de la dramathérapie est menacé par des charlatans qui envahissent les établissements de santé pour exercer le métier à la place des comédiens thérapeutes spécialisés. La pratique de la création en art dramatique demande, comme tout exercice d'un métier, d'avoir des notions tant sur la pratique que sur la théorique et d'avoir un minimum de compétences techniques, ce que ne possèdent pas les soignants extérieurs au domaine ou disons non spécialisés. C'est pourquoi le FFAT dit que l'art-thérapie ne peut pas être exercée au hasard, il faut donc avoir une formation spécialisée comme le précise le Code de déontologie des art-thérapeutes en son article 1.1 qui dit que : « *L'art-thérapeute a une formation professionnelle approfondie, théorique et pratique, apte à lui donner une compétence de praticien en art-thérapie, et une solide pratique dans au moins une discipline artistique.* »¹¹⁹⁸ Cette organisation ajoute dans le même Code une autre image ou un aspect caractérisant un vrai thérapeute en précisant qu'un art-thérapeute doit absolument avoir une formation en psychopathologie cohérente avec le type d'activité culturelle qu'il exerce. Il est précisé dans l'article 1.1.1 du même Code que : « *L'art-thérapeute a une solide formation en psychopathologie avec un volume suffisant de stages pratiques liés à l'art-thérapie.* »¹¹⁹⁹

En vertu de cet article, il est exigé du praticien qu'il ait un volume horaire, un temps bien précis de stage, une pratique de la discipline artistique choisie comme spécialité pour valider son diplôme. Cette obligation est loin de la réalité du terrain ou de ce qui se passe dans beaucoup d'institutions qui pensent que la pratique artistique comme le théâtre, la construction de maquettes de marionnettes, de maisons en carton, le modelage et/ou la peinture peuvent s'exercer sans formation préalable. C'est une activité spontanée qui demande ou qui nécessite des compétences particulières afin de pouvoir accompagner les malades en atelier d'expérimentation dans leurs créations. L'image du jeu de rôles en particulier ou du jeu théâtral plus généralement perd en renommée, en séduction, en qualité ou en efficacité, car la plupart des établissements de soins font appel à des non professionnels pour assurer la tâche des artistes spécialisés dans le but mesquin d'éviter ou de limiter les coûts financiers, matériels et humains inhérents à cette pratique professionnelle. En effet, la pratique de l'art dramatique en soin hospitalier demande un soutien budgétaire considérable et le recours à un praticien – une infirmière non spécialisée par exemple, sans formation et sans expérience pour animer et gérer seule l'atelier d'expressions artistiques diminue les coûts financiers. Cela implique que certains patients restent hésitants parce que le charlatan dissimule la puissance d'envoûtement du jeu de rôles. La puissance de l'accompagnement thérapeutique reste réduite et elle devient moins efficace. L'expression théâtrale présente un aspect particulier qui fait disparaître toute forme de vision naïve et qui implique la nécessité

¹¹⁹⁸ Code de déontologie des art-thérapeutes, *op.cit.*, article 1.1.

¹¹⁹⁹ *Ibid.*

d'une formation et d'une vraie pratique pour devenir un comédien thérapeute. C'est ainsi que l'usage de la pratique théâtrale prend des formes et des puissances qui séduisent les participants, mais aussi les apprentis médecins.

1) La formation théorique et formation pratique

Pour la thématique de la formation en dramathérapie, plusieurs institutions s'y intéressent pour assurer et pour donner une bonne formation afin d'avoir des personnes bien qualifiées en la matière. Tout au long du parcours de cette recherche, plusieurs types de formations ont attiré l'attention du chercheur, mais il a fallu faire un choix pour avancer et celle de l'Institut National pour la Formation des Infirmiers et du Personnel travaillant en Psychiatrie (INFIPP) a fortement touché la sensibilité du chercheur. En effet, c'est une formation continue enrichissante pour les personnels de santé et plus particulièrement pour ceux du secteur de la santé mentale. Cette institution n'a, depuis quarante ans, jamais cessé de progresser, d'évoluer et de s'adapter aux circonstances, mais aussi d'anticiper les changements éventuels pour répondre en urgence aux besoins existants ou émergents (Organisation des établissements en GHT (Groupement Hospitalier de Territoire), Réforme de la formation professionnelle, CPF (compte personnel de formation), Certifications, DPC (développement professionnel continu). Elle est encore certifiée par l'Office Professionnel de Qualification des Organismes de Formation, une institution de formation et de conseil pour les professionnels des établissements sanitaires, sociaux éducatifs et médico-sociaux. L'INFIPP est un organisme habilité de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu facilitant des actions qui répondent aux mieux aux exigences des participants. C'est un organisme qui accompagne les établissements en mettant en place des actions de formations internes au sein des institutions regroupant des participants issus d'autres établissements. Il programme des formations en fonction des thématiques conçues selon des problématiques ou des modalités d'interventions particulières (formation de simulations, d'organisations, de conseils, d'actions dramatiques et culturelles, e-learning, ou autres).

Les formations de l'INFIPP sont sanctionnées par des Certificats Professionnels appelés FFP (Fédération de la Formation Professionnelle). C'est un système qui a pour but de permettre aux différentes institutions privées de formation de valider, sous un contrôle conforme aux règles de l'art, les compétences acquises par les personnels participants à une formation. La certification finale est intitulée Certificat d'Intervention en Art-Thérapie Qualifié en Techniques de Théâtre et Dramathérapie – Thérapie par la Danse et le Mouvement (CP-FFP). Par ce présent certificat et d'autres, les acteurs politiques du « *Programme Culture à l'hôpital* »¹²⁰⁰ montrent leur volonté de cadrer cette activité culturelle d'une part, et, d'autre part, la profession elle-même. C'est pourquoi, il est précisé dans le but principal de la formation de l'INFIPP que : « *Dans les arts de la scène, le corps prend une place centrale, car il est à la fois la matière, l'instrument et l'œuvre. Les arts de la scène mettent aussi en mouvement les regards : le regard posé sur soi, le regard du partenaire de jeu, le regard du spectateur. La dramathérapie utilise les composantes du jeu dramatique et du théâtre pour*

¹²⁰⁰ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

aider la personne à expérimenter plusieurs positions dans la relation à l'autre, à intégrer son histoire pour devenir auteur et acteur de son avenir. En danse-thérapie, les composantes du mouvement et de la danse sont utilisées dans un processus de construction psychocorporelle du sujet. Les champs d'application sont aujourd'hui très diversifiés : en soins généraux (psychosomatique, centres antidouleur, pédiatrie, neurologie, oncologie, soins de suite et médecine rééducative...), en soins psychiatriques, face au handicap, dans la prévention de la santé, en milieu scolaire et parascolaire, dans l'insertion sociale et professionnelle, etc. De par cette diversité, l'approche thérapeutique par les arts de la scène requiert des compétences solides et interdisciplinaires concernant le corps comme lieu d'expression : une formation et une pratique confirmée en théâtre et/ou en danse, des connaissances approfondies en médecine psychosomatique, psychopathologie et psychologie. Les différentes techniques abordées en théâtre et en danse seront précisées selon la composition et les besoins du groupe de formation. »¹²⁰¹

La formation est donc divisée en deux parties : théorique et pratique. La première consiste à acquérir toutes les connaissances possibles et la deuxième est fondée sur la mise en situation de l'ensemble des connaissances acquises lors de la formation théorique. Le Code de déontologie de l'art-thérapeute précise en son article 33 intitulé « Validation des connaissances », que : « *La validation des connaissances acquises au cours de la formation se fait selon des modalités officielles combinant pratique et théorie qui, en fin de cursus, donnent lieu à la rédaction d'un mémoire de recherche de niveau II soutenu devant un jury professionnel. Le certificat ne peut être obtenu qu'après soutenance et validation du jury compétent.* »¹²⁰²

a) La formation théorique

La formation théorique a comme objectif de donner le maximum d'informations, de connaissances et d'aider l'étudiant à acquérir les compétences requises pour concevoir et mettre en place un projet thérapeutique en art-thérapie basé sur les arts de la scène, que ce soit en séance collective ou adaptée en séance individuelle.

L'étudiant apprend à conceptualiser et à théoriser lors de la phase pratique les connaissances acquises dans une articulation – clinique et artistique – au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Elle forme le futur professionnel à être capable de mettre en œuvre diverses théories, moyens de travail et méthodes d'interventions en utilisant des outils d'arts et à respecter les règles déontologiques et d'éthique mises en place par la Fédération Française des Art-thérapeutes.

À la base, cette formation a un public cible ou concerné. En principe, elle interpelle les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux, médicosociaux et éducatifs.

Le contenu de la formation est reparti en plusieurs modules selon l'établissement qui dirige la formation¹²⁰³.

¹²⁰¹ Site :

<http://infipp.com/formation/certificat-d'intervenant-en-art-th%C3%A9rapie-qualifi%C3%A9-en-techniques-de-th%C3%A9%C3%A2tre-et-dramath%C3%A9rapie>, consulté, le 4 décembre 2018.

¹²⁰² Code de déontologie de l'art-thérapeute, édition de septembre 2012, article 33, *op. cit.*

¹²⁰³ Un exemple du contenu de la formation en dramathérapie est mis en illustration en annexe numéro 10.

b) La formation pratique

Lors de la mise en pratique des connaissances acquises pendant la formation théorique, l'étudiant en stage doit être capable de jouer le jeu de rôles en utilisant son savoir-faire. L'article 34 du Code de déontologie de l'art-thérapeute intitulé « Statut du stagiaire » précise clairement que : « *Dans le cas où l'art-thérapeute reçoit un stagiaire dans le cadre d'une formation professionnelle, il est tenu de demander au préalable le consentement du patient. Les stagiaires doivent avoir pris connaissance du présent Code et sont tenus de respecter les droits des malades, le secret professionnel et le présent Code. À ce titre, ils ne peuvent utiliser personnellement les informations transmises* »¹²⁰⁴. Dans cet article, il est bien précisé que le comédien en charge du déroulement du jeu de rôles doit informer ses patients ou ses résidents et demander leur consentement avant d'impliquer le futur thérapeute, c'est-à-dire le stagiaire dans l'activité psychodramatique ou de dramathérapie.

C'est effectivement, dans la exerce d'un praticien bien formé que l'image du jeu de rôles peut s'insuffler dans les établissements de santé, et aussi attirer l'attention des participants ou des résidents. Ils reconnaîtront enfin l'intérêt de cet outil dans le processus de soins thérapeutiques.

Pour mettre en pratique cette formation, l'acteur qui dirige le jeu utilise plusieurs méthodes, parfois l'étudiant prend la place du patient et ce dernier la place du médecin ou de l'infirmier, parfois, il s'agit de deux ou plusieurs patients entre eux ou uniquement des apprentis entre eux. Dans ce dernier cas, les malades ou les résidents s'expriment en imaginant que leur activité sera bien faite puisqu'ils estiment que les apprentis ont plus de connaissances en la matière. Il était donc inévitable d'interroger quelques apprentis pour recueillir leur avis avant et après l'expérimentation. La plupart d'entre eux disaient qu'ils ignoraient ce qu'ils allaient faire puisqu'il ne s'agit pas d'un texte préétabli, mais d'une création en improvisation. L'interaction doit dominer le temps de jeu. « *C'est vraiment ça le jeu de rôles que j'ai compris* », selon les propos retenus lors d'échanges avec Yacoub Abdou Mboreha¹²⁰⁵.

D'autres étaient très contents de partager entre pairs surtout quand il s'agit de groupes présentant les mêmes pathologies. Le résident P. disait : « *Le jeu devient fluide, pas de moqueries, on se comprend même avec le regard. Des fois, mon coéquipier n'a pas besoin de parler, je comprends déjà ce qu'il a envie de dire. Si on me demande de faire un choix parmi tous les jeux que j'ai joués, le jeu de rôles de l'activité psychodramatique et de dramathérapie est le meilleur de tous.* »¹²⁰⁶

Chloé Cécile Delacour a encore développé dans sa thèse l'usage de la méthode entre pairs en appuyant sur la valeur et sur l'image de l'outil en jeu de rôles : « *"On est tous entre médecins avec un peu les mêmes difficultés donc les remarques étaient vraiment bien venues.", "On peut apprendre de l'expérience qu'a chacun d'entre nous." Parallèlement, la présence d'un expert en la personne de la directrice de cette thèse, maître de conférence au département de Médecine générale de la faculté de Strasbourg, a également été vécue positivement : "Et c'est bien aussi d'avoir quelqu'un de plus expérimenté pour nous*

¹²⁰⁴ Code de déontologie de l'art-thérapeute, édition de septembre 2012, article 34, *op. cit.*

¹²⁰⁵ Un échange qui a eu lieu à l'Université de Paris 8 portant sur la pratique de l'art-thérapie pour les personnes âgées. Yacoub Abdou Mboreha est le responsable des ateliers intitulés « *Maison bâtonnets* » à l'Association Les Jours heureux à Paris 13^e.

¹²⁰⁶ *Ibid.*

apprendre du coup des trucs que forcément on va découvrir, mais qui feront peut-être plus mal en le découvrant tout seul." Le fait d'avoir réalisé un débriefing long et minutieux a permis aux internes d'échanger leur point de vue et leur expérience, enrichissant ainsi leur connaissance : "Tout ce qui s'est dit était hyper utile pour tout le monde, parce qu'on fabriquait la consultation idéale à la rencontre de tous nos points de vue, en sachant qu'elle existera jamais.", "C'est un petit groupe de pairs sur le moment quoi, on a échangé d'autres trucs, on a parlé de plein de choses et c'était agréable." Dans le cadre plus global de la formation des internes de Médecine générale, les participants pensent que la réalisation de jeu de rôles a vraiment sa place : "Je pense que si c'est effectivement mis sous cette forme en filmant, donc avec une caméra, et de revoir le film après, de débriefer avec tout le monde, je pense que ça peut apporter quelque chose.", "Après ces séances-là, moi j'aurais bien envie de continuer à faire des jeux de rôles de temps en temps parce que ça a un vrai intérêt pour la pratique." La question de la fréquence n'a, par contre, pas été réglée : pour certains, en faire de nombreux permettrait de s'y habituer et donc de moins craindre les jeux de rôles, tandis que pour d'autres la répétition ne s'impose pas réellement : "Je pense que c'est vraiment très bénéfique de faire des jeux de rôles, et justement après c'est pas tellement la peine d'en faire trop, mais juste en avoir fait quelques-uns, ça te permet d'acquérir de nouvelles choses et ensuite de pouvoir les reproduire tout de suite en plus en consultation." La meilleure période pour pratiquer des jeux de rôles sur la relation médecin-patient semble être, pour nos participants, celle du stage chez le praticien : "Je pense que ça aurait été bien d'avoir, enfin d'être en stage pratique à ce moment-là, parce que ça permettrait d'ancrer encore plus de choses en les appliquant." »¹²⁰⁷

2) La valeur escomptée dans la séance de jeu de rôles

Le jeu de rôles dans la science dramatique prend aujourd'hui une forme particulière dans un espace d'expression singulière reconnu par sa stratégie, son éthique et sa manière de reconstruire ou de structurer le métier de l'art-thérapie au sein des établissements de soins hospitaliers. Actuellement, ce savoir-faire se réfère uniquement aux multiples codes de déontologie qui fixent les principes et les actions du métier d'art-thérapeute tout en tenant compte du respect du patient et de ses droits fondamentaux mais également au respect des droits qui ont un lien direct avec ses dimensions physiques et psychiques.

La valeur attendue du jeu de rôles dans les différents ateliers de théâtre est beaucoup plus éthique. C'est pourquoi la formation de l'art-thérapie est au centre des méthodes valorisant l'éthique du métier comme celles proposées par les institutions d'étude d'art-thérapie éclairées par les études de psychanalyse. Cette étude mettant l'inconscient de l'individu à fleur de langage est aussi une méthode d'apprentissage qui permet de faire un choix de mots parmi d'autres et d'en taire d'autres. La mise en place d'une formation d'art dramatique pour le personnel de l'hôpital ouvrira davantage des possibilités internes permettant d'atteindre le niveau d'éthique le plus élevé.

Quand la question des valeurs escomptées du jeu de rôles est posée chez les différents professionnels exerçant dans les institutions de soins, les réponses données sont parfois floues

¹²⁰⁷ 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 ? », *op. cit.*, p. 58., s.

ou incompréhensibles. La question était posée de la manière suivante : « *Selon vous, quelles sont les valeurs attendues lorsque le jeu de rôles est mis en pratique sur la scène d'études du patient ?* ». Parfois elle était posée de cette manière : « *Que cherchez-vous chez le patient avant, pendant et après le jeu de rôles ?* » Les réponses données restent critiques même si, à vrai dire, elles ne sont pas très précises sur ce qu'ils veulent dire, quand ils disent : « *Nous ne recherchons rien de plus* », ou bien : « *On ne recherche pas à obtenir un savoir de plus.* » D'autres spécialistes disaient qu'« *ils ne font pas grande chose, selon eux, ils accueillent l'autre dans sa généralité ou dans sa globalité sans distinction de valeurs.* »

En analysant ces réponses, il est remarquable que les professionnels sont un peu simplistes dans leurs réponses, pourtant le jeu de rôles demande beaucoup d'information sur la santé du malade, mais aussi sur l'organisation de son après-maladie – de son après-soins. L'objectif de la formation d'art-thérapie est que cette formation invite le comédien ou l'art-thérapeute à être au service de son malade ou de tous les participants et/ou les résidents faisant l'objet de la recherche. C'est donc une étude qui met en question le physique et mental du patient, dans leur ensemble, dans un espace bien déterminé. Il est effectivement impossible de dire que rien n'est attendu dans leur pratique artistique. Ainsi le chercheur de cette thèse a encore posé une autre question : pourquoi investir tant de moyens dans des ateliers qui n'attendent pas beaucoup de retours chez les patients mis en étude ? Cette question n'a encore pas eu droit à une bonne réponse, car les praticiens disaient que, même si le travail demande plus que ce qu'ils en reçoivent, ils ne peuvent pas en dire plus et surtout ils ne veulent pas mettre plus de pression aux participants ou aux apprentis pour ne pas fausser le sens du jeu. C'est une des conditions qui favorisent la sécurité de l'espace d'échanges et la relation entre comédien et soigné. Pour mieux comprendre ce que demande le praticien lors du jeu de rôles, il faut juste analyser les échanges présents dans la discussion, les résultats et les suivis effectués pour le ou les patients. Le travail est fait en tenant compte de la maladie du patient, de son environnement social avec un accueil particulier et bienveillant. Les résultats viennent de séances éphémères, dans un espace qui fait naître des émotions réelles, issues d'une imagination ou d'une simulation et où le malade est invité à représenter ce qu'il a imaginé d'où la question de la créativité. Il est donc possible de dire que le jeu de rôles a une valeur intrinsèque ou inattendue basée sur l'échange. C'est pourquoi la suite de ce titre se consacre à l'émergence de la discussion en (a) et les résultats attendus en (b).

a) L'émergence de la discussion

La valeur escomptée est au centre de la discussion relative aux résultats. Ces derniers enrichissent cette recherche, mais peuvent aussi aider à l'évolution des méthodes et des analyses choisies ainsi qu'aux méthodes quantitatives de cette étude. Il y a plusieurs détours ou biais facilitant l'examen des résultats obtenus, c'est ainsi qu'il faut revoir une partie de l'enseignement du jeu de rôles prodigué aujourd'hui dans les écoles d'art-thérapie. Il est possible de proposer certaines pistes de travail qui auront des liens avec quelques données de la littérature. Les données, que ce soit de l'hôpital ou non, interrogées lors des enquêtes n'étaient pas assez nombreuses, mais elles sont suffisantes pour atteindre le niveau d'analyse ou d'étude quantitative nécessaire à cette recherche.

Ainsi, il est nécessaire de réorganiser le recrutement des acteurs responsables du ou des projets culturels dans les centres hospitaliers. La plupart du temps, les recrutés sont majoritairement des connaissances du ou des responsables chargés des affaires culturelles dans les établissements de santé ou quelquefois, issus des appels d'offres avec concours de projet psychodramatique et culturel. Dans sa thèse, Chloé Cécile Delacour, précise que : « *Les internes recrutés sont majoritairement des connaissances de l'investigateur principal. En effet, le recrutement s'est fait sur l'ensemble des internes de la faculté de Strasbourg, mais la simple évocation des jeux de rôles a provoqué le refus de participer d'un grand nombre de personnes. Ce biais de sélection traduit donc une réalité, celle du rejet du jeu de rôles par nombre d'internes. Pourtant ce biais a une contrepartie, il a garanti une atmosphère chaleureuse lors des entretiens, avec une grande liberté de paroles des différents intervenants. Par contre, puisqu'ils se connaissent entre eux et s'apprécient a priori, ces internes peuvent être considérés comme partageant des valeurs et des représentations communes. Il se peut donc que certaines idées n'aient pas émergé dans les entretiens puisqu'elles n'existaient pas dans notre groupe. La réalisation du jeu de rôles dans un cadre privé plutôt qu'universitaire est un biais important. Mais celui-ci est contre balancé par la présence d'un enseignant du département de Médecine générale lors des soirées. Cette personne ayant une expérience certaine dans l'encadrement des jeux de rôles, elle a été le garant du bon déroulement des séances. L'utilisation de la technique des entretiens semi-dirigés comporte des biais méthodologiques et l'inexpérience de la personne réalisant les entretiens ne permet pas de les amoindrir. Pour pallier les biais liés au codage, un double codage a été réalisé ainsi qu'une double relecture de l'analyse thématique. Mais là encore, l'inexpérience des deux codeurs induit une faible reproductibilité de l'analyse qualitative. La même étude réalisée par un psychologue, un sociologue ou un animateur de jeux de rôles expérimenté aurait probablement donné des résultats et une analyse différents.* »¹²⁰⁸

Lors de la discussion, les responsables s'engagent à ne pas diffuser les vidéos des ateliers de jeux de rôles filmés durant l'expérimentation puisqu'il est possible que ceux-ci portent atteinte à la vie privée des participants, surtout si elles sont diffusées sans leur consentement. C'est une valeur d'éthique qui est recherchée. La majorité des apprentis, des résidents ou des patients acceptent que leurs images soient diffusées lors des représentations, des interventions et/ou des échanges avec le grand public, tout en respectant le maintien de leur anonymat. Les responsables de l'institution doivent faire un effort pour ne jamais évoquer leurs noms et prénoms. L'ensemble des étudiants apprentis, les patients, les artistes et les professeurs de la faculté de médecine de Strasbourg respectent tous les avis émis par le Comité d'éthique de cette faculté. C'est une bonne manière de promouvoir la valeur d'éthique que les patients et leurs familles attendent des ateliers d'échanges.

Comment le jeu de rôles est-il perçu dans la formation médicale ? Pour répondre à cette question, il est indispensable d'avoir recours à la littérature qui s'intéresse à l'étude du jeu de rôles dans l'enseignement fondé sur le processus de soins du patient. « *La grande majorité des études sur le jeu de rôles dans la formation médicale sont des études quantitatives. Celles-ci ont comme valeur première d'évaluer de façon précise l'impact de jeu de rôles en ciblant des points particuliers selon les formulaires utilisés : l'empathie, les*

¹²⁰⁸ *Ibid.*, p. 60, s.

techniques de communication, d'enseignement, etc. Dans de nombreux travaux, le rôle du patient est de plus tenu par un comédien. Une étude de D. Nestel réalisée en Grande-Bretagne et publiée en 2007 dans BMC Medical Education se rapproche de notre étude en traitant l'aspect quantitatif. Des étudiants d'un niveau d'étude inférieur à celui de notre étude ont été interrogés sur leur expérience du jeu de rôles. Si la grande majorité des étudiants avait déjà réalisé des jeux de rôles, 22 % n'avaient pas trouvé de bénéfice à cette participation. Dans le cas des expériences négatives, étaient reprochés le manque de réalisme de la scène ou un défaut d'organisation et de sérieux du jeu de rôles. Le fait d'avoir éprouvé de fortes émotions comme l'anxiété, l'embarras était aussi cité comme un blocage. Nous retrouvons donc dans notre étude des éléments similaires. Cependant, contrairement à notre étude, elle ne s'intéresse pas directement au contexte environnemental et émotionnel dans lequel est effectué le jeu de rôles. Ce contexte occupe pourtant une place importante comme nous venons de le montrer. L'autre différence majeure entre notre étude et celle de Debra Nestel réside dans le centrage du jeu de rôles chez Nestel sur l'acquisition d'aptitudes de communication alors que nous gardons une vision globale de la relation médecin-patient. Toutefois, le guide proposé en conclusion est un document extrêmement intéressant (Annexe 6). De même, les éléments jugés essentiels à la bonne réalisation d'un jeu de rôles que nous avons identifiés dans notre étude font largement écho à ces propositions. »¹²⁰⁹

Chloé Cécile Delacour affirme encore une fois dans sa thèse que de nombreux articles portant sur la formation médicale, rédigés par des enseignants canadiens, renforcent la pédagogie du jeu et de l'art-thérapie en général. « *L'article de Gilles Girard, Diane Clavet et Richard Boulé, "Planifier et animer des jeux de rôle profitables pour l'enseignement", publié en 2005 dans Pédagogie Médicale, fait partie des quelques articles que nous avons utilisés en amont de notre étude dans la brève bibliographie que nous avons faite, en dépit des règles habituelles de la grounded theory, comme nous l'avons précisé dans la partie Matériel et Méthodes. Cet article est selon nous fondamental et nous nous en sommes servis pour la planification de nos jeux de rôles. Les constatations faites lors de notre étude résonnent parfaitement avec les consignes et conseils donnés par les auteurs, qui insistent également sur la nécessité de former les animateurs de jeux de rôles. »¹²¹⁰*

Tout au long de la recherche, les résultats obtenus sont similaires à ceux des étudiants canadiens et anglais qui rejoignent les avancées des étudiants français. Par simple constat, le meilleur jeu de rôles réalisé dans le cadre de l'enseignement est celui qui est assisté par un comédien animateur spécialisé dans l'outil psychodramatique et/ou sociodramatique. Sa présence est aussi un élément nécessaire puisqu'avant de commencer la séance de recherches émotionnelles ou de resocialisation et comme il a été bien expliqué dans les titres précédents, dans son travail d'orientations, il doit préparer au préalable les séquences « *de mise en scène et choisira la forme du jeu de rôles qui sera réalisée, afin de définir des objectifs précis et adaptés au niveau des étudiants. Ces objectifs seront clairement explicités et expliqués aux participants. Pendant le jeu, l'animateur jouera son rôle de garant du bon déroulement de la séquence dans un environnement sécurisant pour les acteurs. Après le jeu, il permettra à tous de disposer de suffisamment de temps de parole pour que chaque idée soit exprimée, et veillera à ce que le débat se fasse dans un climat de bienveillance et de neutralité*

¹²⁰⁹ *Ibid.*, p. 70.

¹²¹⁰ *Ibid.*, p. 71.

constructive. En définitive, réaliser un jeu de rôles demande une réelle implication de la part de l'animateur qui est la clé d'un vécu positif lors d'une telle expérience. »¹²¹¹

b) Résultats du jeu de rôles

Quels sont les résultats obtenus lors des analyses faites dans les expérimentations du jeu de rôles dans l'enseignement médical et pédagogique ?

Il est possible de parler des expériences négatives retenues dans la pratique du jeu de rôles surtout dans quelques manifestations de participants, lors des enquêtes menées sur cette problématique. Les retours concernant les étudiants étaient partagés en plusieurs parties. Certains d'entre eux avaient une vision négative de l'expérience de la pratique du jeu tandis que d'autres avançaient l'avantage que représente ce savoir-faire dans l'enrichissement des connaissances et dans l'amélioration de leur formation professionnelle. Cependant, dans une seconde partie d'entretiens, la mise en pratique du jeu présente des effets très importants puisque le vécu des actions de simulations dans les scènes paraît très positif même si pour un début, il est toujours nuancé chez certains apprentis. *« Cette ambivalence s'explique en partie par le fait que le concept de critique ne soit perçu que de façon négative par les étudiants que nous avons interrogés. Cela semble traduire un mode de pensée forgé par une formation où la sanction et la réprimande représentent une forme de pédagogie usuelle, devant les encouragements et les remarques positives. Par ailleurs, l'extrême compétitivité des études médicales pousse les étudiants à se voir comme des rivaux, même lorsqu'il n'y pas d'enjeu sélectif, comme dans le cas d'une formation à la relation médecin-patient. Habitué à être critiqué de façon négative, l'étudiant n'arrive pas à envisager le débriefing du jeu de rôles comme un moment d'évaluation neutre, où réflexions positives et négatives doivent être exposées. Ainsi, lorsqu'il est acteur, il projette sur les observateurs ce mode de pensée. A posteriori des jeux de rôles que nous avons réalisés, de nombreuses personnes reconnaissent avoir présumé l'émission de critiques négatives, lesquelles n'ont jamais été formulées.*

Or paradoxalement, l'analyse du discours des personnes ayant été observatrices montre une crainte d'émettre des critiques envers les acteurs. Il y a donc une empathie des observateurs pour les acteurs, qui, se mettant à la place de ces derniers, refusent de donner leur avis. Rappeler aux acteurs ce phénomène de miroir, avant le début du jeu, pourrait peut-être permettre à ces derniers de se détendre un peu. Lors des jeux de rôles que nous avons effectués en petit comité, cette crainte persistait chez les observateurs. Mais la parole fut libérée par la confiance que les participants avaient les uns pour les autres, notamment parce qu'ils se connaissaient déjà ce qui prédisposait à une certaine bienveillance. »¹²¹²

Il était possible d'être surpris par le fait que certains étudiants en médecine hésitaient à participer aux enquêtes d'observation alors qu'ils n'avançaient pas de raisons à ce blocage. Pourtant, la ou les questions étaient simples : quelles sont les difficultés rencontrées lors du déroulement du jeu de rôles aux ateliers psychodramatiques et sociodramatiques ? Leurs participations auraient permis ou facilité l'évolution de la recherche, mais leurs rejets ont impacté l'amélioration de l'étude. Chloé Cécile Delacour soulignait aussi dans sa thèse : *« La difficulté, voire même le refus qu'ils avaient d'émettre des remarques et de partager leurs*

¹²¹¹ *Ibid.*

¹²¹² *Ibid.*, p. 61, s.

idées sur le jeu auquel ils avaient assisté dans leur formation. Il est probable que l'observateur soit également inhibé par la crainte que ses idées soient jugées de façon négative. L'acteur semblerait donc placer l'observateur sur un piédestal d'où ce dernier a peur de tomber. Il y a donc un double dynamique dont le modérateur du jeu de rôles doit absolument tenir compte : celle du groupe et celle de l'individu. Au sein du groupe d'observateurs, l'individu apparaît puissant, c'est pourquoi le participant cherche souvent à rejoindre cet ensemble qui lui garantit la protection de l'anonymat. Mais extrait du groupe, que ce soit l'acteur dans sa scène ou l'observateur auquel est demandé son avis, l'étudiant se sent en insécurité. Il risque donc de mettre en œuvre des mécanismes de défense qui ne seront pas propices à l'apprentissage : refus de participation, opposition aux suggestions, absence d'écoute...

La réalisation d'un jeu de rôles intervient toujours dans un contexte émotionnel fort, souvent dominé par l'inquiétude voire même la peur. Il est donc ardu pour les intervenants de se détacher de leurs affects, et d'émettre comme d'écouter des commentaires, en restant neutre. Il est important de faire comprendre aux observateurs comme aux acteurs que le but du débriefing n'est pas d'imposer un mode de pensée ou de fonctionnement, mais de discuter afin d'établir si l'attitude, le comportement adopté, sont adaptés et peuvent procurer aux deux protagonistes, médecin et patient, un bénéfice relationnel maximal. Préférer l'emploi de noms d'emprunt fictifs pour désigner le médecin et le patient à la place des véritables noms des acteurs est un moyen de faciliter l'expression de commentaires qui paraîtront de fait plus neutres lors du débriefing et protégeront la personnalité de l'acteur. Ainsi les critiques porteraient sur le comportement du Docteur X et non sur l'étudiant qui l'aura incarné pour cette scène. »¹²¹³

Toutefois, les résidents considèrent comme des propos mensongers le fait que les artistes thérapeutes ou les médecins participant au projet artistique disent qu'ils ne cherchent pas à en savoir plus ni à juger les comportements et les attitudes des résidents. En effet, il est logique et positif qu'il y ait un jugement constructif dans la démarche du travail, car il fait partie intégrante de l'analyse du jeu. Cette étape fait partie des objectifs principaux de la mise en situation impliquant tous les participants, quel que soit leur niveau ou degré d'intégration. Il est un élément ou un outil constructif et indispensable dont l'importance demande à tout un chacun, tant du côté des participants que des organisateurs, de reconnaître ouvertement la valeur du jeu. Le jugement doit être considéré comme un moyen d'évaluation d'une situation, d'un scénario d'improvisation ou d'une situation donnée et non comme une manière de dénigrer les participants ou comme un moyen d'avancer et de dicter des règles absolues à mettre en œuvre dans des cas semblables.

C'est encore le cas chez plusieurs résidents qui craignent d'être jugés ce qui « *semble également résulter d'un sentiment de déséquilibre entre les différents participants. Ce sentiment d'inégalité entre acteurs et observateurs pourrait venir de ce que les règles du jeu ne sont pas connues, comprises ou acceptées par les participants. Si les codes ne sont pas donnés au départ, si les acteurs ne savent pas ce que l'on attend d'eux, ils ne pourront pas être dans une position confortable. Il est donc primordial de préciser avant le jeu de rôles ce qui sera observé et débattu par la suite. Parallèlement, les acteurs ne semblent pas considérer*

¹²¹³ *Ibid.*, p. 62, s.

les observateurs comme des participants à part entière, mais plutôt comme des entités extérieures et supérieures. Une des personnes interrogées soulignait le soulagement que lui avait procuré le fait de savoir que tous les observateurs seraient à un moment acteur, lors d'un jeu de rôles auquel elle avait participé. Elle éprouvait ainsi un sentiment d'égalité qui facilitait sa relation au groupe et son acceptation du regard des autres sur son travail. Pouvoir changer les rôles, être acteur puis observateur d'une autre mise en scène pourrait permettre de renforcer la compréhension des règles comme des remarques. »¹²¹⁴

La peur du jugement ne touche pas uniquement les étudiants en médecine, elle est aussi présente chez les patients. Il est très difficile de porter des jugements sur les patients qui acceptent de participer à l'exercice d'expérimentation, car ils peuvent être un élément perturbateur qui peut aussi aggraver l'état de santé des patients. L'usage des vidéoscopies après l'exercice peut apporter un avantage dans l'évolution des changements de comportements puisque les malades et les étudiants peuvent se voir jouer et procéder à une autocritique comme ils peuvent aussi demander de changer de rôle pour en expérimenter un autre. Mais il n'est pas facile de travailler sur l'audiovisuel puisque la plupart d'entre eux ne sont pas formés sur l'observation de vidéos critiques. C'est-à-dire comprendre comment s'est déroulé le jeu grâce à des techniques d'observation intitulées : observateur de soi-même – observateur de son propre jeu.

Néanmoins, « le fait de l'expérimenter lors de notre intervention a été vécu positivement par tous les participants, malgré les appréhensions initiales. La formation par vidéoscopie, si elle est fréquente dans certains cursus, ne l'est pas du tout en médecine. Les étudiants n'ont donc pas l'habitude de manier cet outil et la première confrontation peut parfois être un choc. Se revoir en action offre au sujet la possibilité de se juger lui-même, ce qui peut représenter pour certains un stress et une difficulté. Prendre conscience de l'image que l'on donne, de son attitude, de sa manière d'être n'est pas implicite, car on touche à la personnalité même, au narcissisme. L'outil caméra est donc à manier avec précaution. C'est pourquoi nous avons pris soin de prévenir les participants que le jeu serait filmé, avant même que les acteurs ne soient choisis. De même, il a été convenu avec les participants que les images enregistrées lors des soirées ne seraient jamais diffusées en dehors du groupe dans lequel elles avaient été filmées, afin de garantir leur anonymat. Le problème de la conservation des images et de leur utilisation représente le frein principal au développement de cette technique dans l'enseignement universitaire. Mais l'expérience qu'ont les autres pays et les autres filières de l'utilisation de cet outil devrait permettre de faciliter son développement pour le bénéfice des étudiants. »¹²¹⁵

Le fait d'expliquer tout cela dans le débriefing permet d'ouvrir un débat et d'échanger les différentes expériences personnelles et de groupe, mais c'est aussi un moyen de faire disparaître toute forme de sentiment d'inégalité chez les uns et les autres. Travailler entre pairs les aide à supprimer très rapidement le sentiment de jugement inégal, puisqu'ils ont le même parcours d'enseignement et les mêmes lacunes en vidéoscopie. Selon Yacoub¹²¹⁶, chargé des ateliers de construction des maisons bâtonniers, les résidents ne constatent ou n'avancent pas assez vers des situations gênantes puisqu'ils présentent les mêmes pathologies

¹²¹⁴ *Ibid.*, p. 63, s.

¹²¹⁵ *Ibid.*, p. 64, s.

¹²¹⁶ Un échange qui a eu lieu à l'Université de Paris 8, *op. cit.*

et qu'ils cherchent les mêmes objectifs de santé et d'insertion ou de resocialisation. Il faut donc accorder un temps bien déterminé, pour pouvoir enlever les barrières empêchant la manifestation des idées critiques et évolutives dans un environnement équilibré.

Cette étude a aussi connu du succès lorsqu'elle a été réalisée dans des milieux hors du cadre universitaire. Le jeu de rôles touchait la sensibilité des participants du fait qu'ici, il n'y avait pas l'enjeu de la réussite des études à la fin de la pratique. Il était juste question de jouer pour manifester des émotions et des sentiments accessibles que par l'action dramatique. Les acteurs avaient une forme de sécurité et de liberté et la présence des enseignants accompagnateurs des comédiens n'a pas été un obstacle ni un problème pour les participants. *« Une participante disait avoir ressenti plus de sérieux, plus d'implication de la part des internes présents que lors d'une séance réalisée à la faculté. Cette différence d'implication inhérente au lieu de réalisation pourrait trouver son origine dans le choix de l'étudiant de participer à l'expérience, lequel choix est physiquement matérialisé par un déplacement "géographique" démontrant ainsi un réel intérêt. En se plaçant dans le champ du positivisme logique du Cercle de Vienne, groupe de philosophes du vingtième siècle, les "jugements de faits" (il pleut par exemple) se distinguent des "jugements de valeur" (tel que le jeu de rôles est le meilleur outil de formation). Il est acquis que ce sont les derniers qui sont craints par les participants d'un jeu de rôles. En effet, ils impliquent souvent une notion de morale lorsqu'ils concernent des comportements : d'un côté, les bonnes attitudes et, de l'autre, les mauvaises. Or l'idéal dans le cadre d'un jeu de rôles serait de convaincre acteurs et observateurs de se rapprocher d'une attitude telle que celle de neutralité axiologique, prônée par Max Weber. Celle-ci permettrait d'observer des faits sans émettre de jugement normatif, mais sans toutefois nier complètement l'existence d'un avis personnel. Idéalement donc, le jugement devrait être le plus objectif possible. Mais si nous envisageons le concept d'objectivité comme le font les philosophes relativistes comme Richard Rorty, nous devons admettre qu'il est impossible de s'abstraire totalement de notre culture et de nos croyances pour envisager le monde tel qu'il est. Or, notre culture place le médecin dans la position de celui qui détient le Savoir, qui va émettre un diagnostic et donc un jugement sur le problème qui lui est présenté. Le patient va donc par "habitus" mettre son médecin dans une situation de supériorité, que celui-ci accepte d'ailleurs, puisqu'il partage la même culture que son patient et que cet état de fait lui a aussi été inculqué durant sa formation. Se retrouver dans la position de celui qui présente l'élément à étudier, donc de celui qui va être jugé, n'est pas familier aux étudiants, d'où la présence d'une inquiétude palpable. »¹²¹⁷*

En revanche, d'autres participants expliquent que le fait d'être observé, tant dans leurs attitudes que dans leurs modes de communications et d'échanges, est désagréable ou plutôt qu'il n'est pas agréable de le savoir au préalable. Pertinemment, celui qui joue sait déjà qu'il incarne un personnage dont le rôle reste fictif, créatif et imaginaire. Il incarne un rôle hors de lui-même ou autre que lui. Il est nécessaire qu'il ait un jugement sur le rôle joué, point par point, afin d'envisager une phase d'amélioration à la fin de l'expérimentation. C'est pourquoi il est suggéré d'utiliser des pseudos pendant le jeu de rôles et lors des jugements pour éviter de heurter la personnalité du patient ou des participants en utilisant leurs propres prénoms. Ceci maintient la neutralité des acteurs et permet en permanence la préservation de leur

¹²¹⁷ 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 ? », *op. cit.*, p.65, s.

image. C'est aussi un moyen de pouvoir faciliter la communication verbale sans crainte de se manifester ouvertement.

Il y a des étudiants qui se disent heureux d'avoir joué le rôle du médecin qui est leur future profession et qui acceptent d'être corrigés positivement dans le but de mieux incarner leur vie professionnelle. La vidéo leur a permis de revoir eux-mêmes leurs attitudes et leurs gestuelles et de comprendre que le corps a un langage non maîtrisable par la seule communication verbale. *« Savoir reconnaître des signes émotionnels dans les gestes de son patient comme identifier ses propres attitudes traduisant certains sentiments tels que l'irritation, la nervosité, peut être utile au médecin. Or la communication non verbale n'est pas un sujet très souvent abordé durant les études de médecine. Contrairement aux pays anglo-saxons, la communication professionnelle en santé en général n'occupe pas de réelle place dans la formation des médecins en France, alors que c'est justement un métier de dialogue et de relation humaine. Mais cette constatation ne devrait bientôt plus être de rigueur. On note en effet un intérêt croissant pour la relation médecin/malade. »*¹²¹⁸

L'élément positif à retenir dans le jeu de rôles est que les apprentis en médecine générale et les patients ainsi que le public voyeur ont tous compris que l'usage ou la pratique de cet outil pédagogique est très utile dans la formation des futurs médecins, mais aussi pour stimuler les émotions des patients. Malgré les difficultés attachées à cette pratique, certains étudiants demandaient que la pratique du jeu de rôles soit mieux organisée, puisque la plupart de temps les scènes sont *« peu préparées, débriefing trop court, pas forcément constructif. Il y a donc nécessité de développer également l'intérêt des formateurs pour le jeu de rôles et de leur offrir la possibilité de se former eux-mêmes à la technique. »*¹²¹⁹

Cette étude encourage donc la pratique du jeu de rôles dans la formation médicale pour préparer bien en amont les futurs médecins généralistes à lire les émotions et les sentiments des patients, afin de bien comprendre leurs douleurs et les assimiler à une pathologie. Il est compréhensible qu'ils soient stressés d'être jugés sur leur pratique et leur attitude ou sur leur souffrance pour certains. Raison pour laquelle il faut toujours tenir compte de tous ces éléments dès le début de l'organisation et de la réalisation du jeu de rôles pédagogique au sein des établissements de santé.

B] LE MATÉRIEL ET LES MÉTHODES APPLIQUÉES

Il n'était pas évident dans cette recherche de pouvoir placer une méthode de recherche quantitative, mais le chercheur a pu finalement faire le choix d'associer plusieurs moyens et perspectives théoriques pour répondre aux exigences de cette thématique. Lors des exercices, quelques questionnaires de méthode et d'éthique ont été soumis aux participants. Ces derniers devaient se prononcer sur la pratique artistique de la dramathérapie ou du psychodrame et du sociodrame d'une part, et, d'autre part, sur tout ce qui concerne les différentes méthodes d'art-thérapies chez le praticien en formation de médecine générale. La question du matériel et des méthodes appliquées soulève d'autres thématiques d'éthiques propres aux techniques artistiques.

¹²¹⁸ *Ibid.*, p. 67.

¹²¹⁹ *Ibid.*, p. 68.

Dans la dramathérapie, le comédien maître du jeu de rôles utilise des techniques théâtrales dans un cadre de recherche clinique et/ou éducative portant sur différentes interventions avec des objectifs différents. Leurs interventions ont de façon générale des préoccupations qui se concentrent sur le toucher, la voix, la gestuelle, le comportement, le mental, le corporel et le milieu social en relation avec autrui. Toutes ces notions se situent entre le passage par l'acte vers le passage à l'acte tout en sachant que la magie s'effectue à la fois par le corps, la langue, la maladie, l'émotion et le jeu. Cette même pratique est similaire à celle de la danse-thérapie qui met en évidence la langue, le corps, les mouvements, langue des mouvements, mais cette pratique s'interroge aussi sur le statut de la parole lors des ateliers.

Par le matériel de la dramathérapie, quelle est la méthode appliquée pour témoigner verbalement ou corporellement les ressentis, les émotions ou les douleurs restituées pendant une séance de jeu dramatique soit en groupe ou en individuel dirigée par des comédiens art-thérapeutes ou d'autres disciplines ? Le théâtre, comme la danse, utilise des éléments sonores, de la musique pour réactiver l'organe des sens – l'oreille –, dans une forme de travail d'écoute active et beaucoup plus réceptive. Ici, la question de l'élément sonore porte sur la durée de l'usage pour éviter qu'il domine l'exercice et le transforme en un cours de danse pure. C'est encore le cas lorsque le patient est appelé à évaluer l'influence de l'instrument de musique et la compétence instrumentale de l'art dramatique, car l'élément sonore peut aussi influencer le choix de l'instrumentarium¹²²⁰ du malade. Lorsqu'il s'agit de la musicothérapie l'instrument sonore est soumis aussi à la critique puisqu'il peut définir le goût de la musique du patient sans pouvoir définir la pathologie dont souffre le malade. Le niveau de la régulation sonore est aussi important par rapport aux cris demandés par le comédien comme réponse attendue à une expression spontanée.

1) La recherche quantitative

Le choix de la recherche quantitative est plus important puisque la majorité des artistes le considèrent comme une forme d'approche directe des comportements humains. Tout d'abord, la recherche quantitative a été initiée et développée depuis les débuts du XX^e siècle dans les expérimentations des sciences humaines et sociales. Cette méthode a pour but de compléter la carence des méthodes déjà utilisées dans la même étude et qui n'ont pas pu aboutir à l'objectif visé par exemple sur les comportements, sur les douleurs, sur les émotions des patients ou sur les modalités d'insertion ou de réinsertion. C'est pourquoi les professionnels du domaine de la santé se sont très vite intéressés à cette manière de recherche quantitative qui vient pallier les méthodes existantes et apporter un nouvel angle d'observation.

La recherche quantitative est liée bien sûr à un certain nombre d'étapes associées aujourd'hui à la finalité du travail de recherche, mais aussi à l'ensemble des méthodologies envisagées. Toutefois, elles sont confrontées à de multiples amalgames, mais elles contribuent d'une part, à la mise en œuvre des théories et, d'autre part, à la mise à l'épreuve des hypothèses de recherche. Certains comédiens mettent ce cadre de recherche méthodologique

¹²²⁰ En art-thérapie, l'instrumentarium est défini comme l'ensemble des instruments utilisés pour une œuvre précise.

dans l'ensemble des opérations, des démarches et des moyens déployés afin de parvenir avec succès aux objectifs définis.

Il n'est pas éthique de parler de recherche quantitative sans parler de recherche qualitative. Ces deux notions employées de façon complémentaire peuvent « désigner plusieurs choses, en particulier des données ou encore des techniques de collecte et de traitement de ces données. Par exemple, dans l'étude de cas, les données recueillies sont majoritairement qualitatives (discours, textes, vidéos, photos), mais elles peuvent aussi être quantitatives (fréquences de mots, mesures). Les modes de collecte de ces matériaux sont diversifiés : entretiens/entrevues semi ou non directifs, conversations ordinaires, observation, étude de documents écrits ou visuels, etc. Le questionnaire est parfois employé lors d'une étude de cas, mais il n'occupe alors qu'une place secondaire. »¹²²¹

Dans ce même article, il est clairement expliqué que la majorité des chercheurs dans ce domaine indiquent que la recherche quantitative désigne l'ensemble des études qui portent des analyses tirées de gros échantillons déjà sélectionnés tandis que la recherche qualitative porte sur un cas ou quelques cas bien définis ou précis. « Une dernière précision s'impose. Le travail qualitatif a fréquemment été assimilé à une phase antérieure (exploratoire) d'une recherche quantitative (Evrard, Pras et Roux, 1997). Dans cet échange, nous parlerons de recherche qualitative en tant que stratégie en soi et non en tant que prélude à une approche confirmatoire ultérieure. »¹²²²

Alain Jolibert explique dans ce même article pourquoi son choix s'est orienté vers la méthode de recherche quantitative. Ses explications démontrent que cette manière de recherche domine très nettement l'espace des sciences sociales comme la psychologie cognitive, la sociologie, l'économie, le marketing, le social, l'éducation et plus particulièrement la médecine. Il était bien reconnu qu'auparavant, « il était difficile de publier les résultats de recherches qualitatives sauf, peut-être, quand elles étaient l'œuvre de chercheurs reconnus. [...] Ce n'est que lors de ces vingt dernières années que l'intérêt pour le qualitatif s'est fortement accru. Dès lors, le quantitatif a pu apparaître comme une solution de facilité, alors que c'est loin d'être le cas, une solide formation étant indispensable pour entreprendre sérieusement une recherche quantitative. Par ailleurs, le parcours du chercheur lui-même le prédétermine dans le choix des méthodes d'analyse. Celles-ci ne s'inventant pas, celui qui n'est pas formé à ces méthodes ne peut les utiliser. »¹²²³

Il est enfin temps d'affirmer que la recherche quantitative utilisée avec la mise en place des analyses variées et des observations sur le jeu de rôles dirigées par des comédiens, des chercheurs, mais aussi par des médecins et l'ensemble du corps médical est un élément encourageant le goût de la technique du travail, mais aussi aide en permanence le milieu d'insertion, de réinsertion et de socialisation ou de resocialisation du patient ou du résident en stimulant leurs émotions ou leurs sentiments.

La place de la recherche quantitative dans le jeu de rôles se trouve au centre d'une théorie déjà existante et bien connue dans la littérature qui consiste à tester ces théories par des hypothèses comparatives et à proposer des combinaisons qui respectent le ou les courants dominant la recherche.

¹²²¹ Yvonne GIORDANO, Alain JOLIBERT, « Pourquoi je préfère la recherche quantitative. Pourquoi je préfère la recherche qualitative », Revue Internationale PME, Éditions EMS, 2016, 29 (2). p. 1.

¹²²² *Ibid.*, p. 2.

¹²²³ *Ibid.*, p. 3.

Par exemple : le chercheur doit en principe maîtriser les résultats antérieurs afin de mieux analyser étroitement les vides théoriques, les carences ou les incohérences constatés lors de sa démarche et au final, avancer son observation sur l'ensemble du processus. Les analyses doivent s'intégrer aux résultats construits par un autre chercheur qui doit les mettre en problématique dans le but d'obtenir de nouveaux résultats concernant un cadre bien défini.

Cette méthode « *fournit donc une analyse plus rigoureuse qu'une simple discussion classique des travaux déjà effectués sur le sujet, car elle utilise des procédures statistiques sur la collecte de résultats empiriques provenant de chaque étude afin de les intégrer, synthétiser ou de leur donner du sens. L'analyse quantitative n'est pas une fin en soi. Comme le précise Kerlinger (1977), le chercheur déduit les conséquences de ses hypothèses. Pour ce faire, il fait appel à son expérience, son savoir et sa perspicacité. Il se peut alors que le problème sur lequel il débouche soit différent de celui qu'il avait envisagé ou, parfois, soit beaucoup plus compliqué que celui qu'il envisageait au départ. Le chercheur qui possède ce goût se plaira dans ce genre d'exercice. Si le goût pour la déduction peut être naturel chez l'individu, il peut aussi être appris dans les programmes doctoraux.* »¹²²⁴

Lors des enquêtes de cette thèse, le chercheur a constaté que cette démarche est très ancienne, mais a été beaucoup expérimentée comme source d'informations sur le mode de vie et le fonctionnement de la personne humaine par rapport aux interactions des individus avec leur environnement ou leur milieu social. En art-thérapie comme en médecine générale, les enquêteurs ou les chercheurs, quel que soit leur niveau d'étude, utilisent principalement les méthodes qualitatives, essentiellement de façon inductive pour remettre en question les relations médecin-patient, patient-comédien et les phénomènes socioprofessionnels et environnementaux. Il n'est pas évident d'employer les méthodes qualitatives dans les études sur les comportements humains puisqu'elles se déroulent très rigoureusement comme les méthodes quantitatives, mais avec des principes et des objets différents ainsi qu'avec des méthodes employées et des techniques d'analyse différentes également.

Le patient examiné doit aussi être disponible pour répondre aux exigences de la recherche, mais la question de l'étude doit effectivement être définie clairement dès le départ de l'analyse. Chloé Cécile Delacour précise dans sa thèse que la question avancée pour le départ de la recherche « *n'est pas qualifiée d'"hypothèse", au sens scientifique et statistique du terme. En effet, le but n'est pas de démontrer sa véracité et sa validité, mais de définir les concepts en jeu. Cette question de recherche détermine la perspective théorique (théorisation ancrée, phénoménologie...) de l'étude et la méthode de recueil des données indiquée (observations, entretiens individuels ou en groupe dit focus group). Le plus souvent une revue de la littérature est réalisée pour délimiter le champ d'investigation, sauf dans la théorisation ancrée. En effet, dans cette démarche purement interprétative, la connaissance préalable d'éléments issus de travaux antérieurs peut être considérée comme une gêne. Ces éléments deviennent des préjugés qui modifient la vision de l'investigateur et l'empêchent de développer sa propre interprétation à partir de l'analyse des données recueillies.* »¹²²⁵

En suivant cette philosophie d'observation, cette recherche confirme l'idée avancée puisque dans toutes démarches, il n'y a pas d'hypothèses énoncées au préalable, mais plutôt

¹²²⁴ Ibid., p. 4.

¹²²⁵ 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 ? », op. cit., p. 34.

une façon de mieux créer un cadre de travail positif à la recherche. Cette question ouvre le champ de travail et d'analyse pour mieux appréhender les comportements humains dans leur généralité. La même thèse explique en apportant plus de précisions que : « *L'analyse et l'interprétation des propos ou des comportements des sujets étudiés génèrent les questions. Aussi de nombreuses études qualitatives débouchent sur une étude quantitative : les hypothèses issues de la première étude servent de base à la seconde. Pour une étude qualitative, l'échantillon de population nécessaire s'avère souvent moins important que celui d'une étude quantitative. Il suffit d'avoir une variété suffisante de sujets permettant d'obtenir l'ensemble des idées et représentations conceptuelles exprimables au sein de la communauté étudiée. Communauté est ici entendue dans le sens d'un ensemble de personnes partageant des caractères en commun (la communauté des patients, des internes de médecine par exemple). Le nombre de participants ne s'établit donc pas au préalable, mais se définit spontanément lorsque la "saturation des données" est acquise, c'est-à-dire qu'il n'apparaît plus de concepts nouveaux au cours des entretiens ou des observations réalisées.* »¹²²⁶

Il est donc important de préciser ici que le comédien en charge des ateliers psychodramatiques et sociodramatiques a l'obligation de mettre en question le vécu du patient ou des résidents, de chercher à comprendre le pourquoi de la présence des troubles psychiques et des douleurs intenses pour mieux envisager l'intégration, l'insertion ou la socialisation du malade après son hospitalisation. Le choix des outils dépend du constat fait suite aux analyses effectuées en posant toutes les questions possibles aux patients, aux proches, aux familles, aux participants ainsi qu'aux différentes hypothèses précédentes, avant de commencer la séance du jeu de rôles. Ces questions peuvent par exemple mettre en cause les comportements humains du malade en analysant son environnement, son entourage, sa profession, mais aussi sa maladie et son projet de vie – son avenir.

a) Le choix de méthodes de recherche quantitative

Le problème lié au choix de la méthode de recherche quantitative est que ses fondements sont au centre des exercices fondés sur des méthodes expérimentales qui restent jusqu'à présent critiquables sur le fait que la plupart des institutions spécialisées dans l'expérimentation l'exploitent autrement, elles en font une vraie industrie et elles perdent de leur efficacité, d'autant que les institutions en question ne publient pas toutes leurs recherches. Elles ne publient que les expérimentations réussies. Pourtant, ces expérimentations déjà réussies n'apportent pas assez d'avantages à celui qui prendra le relais pour développer l'observation. Il y a une deuxième critique empêchant le choix de la méthode, elle concerne bien sûr les conditions mises en place pour l'expérimentation. « *Afin d'éviter la contamination de la relation causale entre variables explicatives et expliquées, les chercheurs multiplient les conditions permettant de neutraliser les variables dites "de contrôle", c'est-à-dire les variables qui pourraient affecter les résultats en dehors des variables manipulées. Ce faisant, ils accroissent la validité interne de l'expérimentation aux dépens de sa validité externe, c'est-à-dire, de la capacité de généralisation. Il existe de très nombreux biais*

¹²²⁶ Ibid., p. 35.

concernant les validités interne ou externe des expérimentations, ce qui rend périlleuse leur mise en œuvre. »¹²²⁷

Cette méthode connaît aussi de nombreux biais qui empêchent la réussite de la recherche quantitative. Par exemple : une réponse donnée par le patient ou le participant en répondant à une question qui lui a été posée, mais le répondant interagit en fonction de ce qu'il perçoit d'une part, et, d'autre part, de ce qu'il a interprété ou de ce qu'il croit attendu ou bien savoir, mais aussi de ce qu'il pense être ce que le demandeur de l'information souhaite. C'est pourquoi il faut toujours éviter que le répondant ait des idées sur le sens de la recherche ou de l'objet de l'enquête. S'il est influencé par l'outil utilisé, par l'enquêtant ou par le jeu mis en place, cela peut encourager sa volonté de participer positivement à l'étude ou à l'enquête et cela peut tout fausser. La valeur du questionnement est soumise aux conditions de validation de l'enquête. Il ne faut pas qu'il y ait des menaces potentielles empêchant la validité interne ou externe des données constituant les résultats obtenus. Cette influence peut aussi se trouver dans la recherche qualitative et ça peut annuler toute la procédure engagée.

b) Est-il possible de dire que l'analyse quantitative repose sur une fausse analyse ou sur une fausse causalité ?

Dans leur très grande majorité, les analyses quantitatives reposent sur des fondements ou des matrices de témoignages incertains où l'influence de l'outil, de l'enquête ou de l'enquêteur fausse les données collectées par le chercheur.

Il est indispensable de parler du niveau de compréhension de la personne ciblée par la recherche, son état de discernement, le langage utilisé, les signes de communication, le temps accordé, mais aussi son état de santé. Car les états indiqués peuvent aussi influencer ou mal orienter les résultats à l'insu du malade ou sans se rendre compte qu'il est hors jeu.

Il faut absolument qu'il y ait un lien de causalité entre l'information demandée par le chercheur et les données avancées par le patient ou les résidents. C'est ici que le comédien en charge des soins est obligé de bien analyser les données avant de donner ses résultats finaux. Il doit être en mesure de bien cadrer sa théorie d'analyse pour mieux comprendre les phénomènes entourant le patient et qui peuvent influencer son avis, mais aussi d'intégrer très rapidement l'ensemble des variables l'expliquant.

Ainsi un patient qui souffre de troubles psychologiques dus à un choc, un débat ou un événement familial qu'il n'a pas pu maîtriser : un accident de voiture à la sortie d'un concert par exemple. La plupart des gens ne supportent pas ce genre d'événement. Le directeur de l'atelier du jeu de rôles doit, en utilisant son outil de recherche quantitative, prendre en compte les troubles dont souffre son patient, mais aussi son passé – ses antécédents. La question posée lors de l'atelier de recherche est accompagnée par un instrument de musique du même artiste qui jouait dans le concert qui a précédé l'accident le même jour. Il est évident que la personne interrogée sera sous le choc si elle n'est pas assez forte pour maîtriser ses émotions, ses sentiments et ses angoisses. Elle peut donc donner comme réponse de fausses analyses comme elle peut aussi tout gérer et donner des hypothèses très correctes sans aucune

¹²²⁷ Yvonne GIORDANO, Alain JOLIBERT, « Pourquoi je préfère la recherche quantitative. Pourquoi je préfère la recherche qualitative », *op. cit.*, p. 4.

influence de son passé. Ce qui est très rare puisque la majorité des malades se laisse emporter par leurs sentiments sous l'état d'émotions, de pleurs et de larmes.

C'est encore le cas des réponses faites lorsque les questions posées touchent un niveau de vie sociale. La personne qui est à l'abri du froid n'aura pas les mêmes sentiments que la personne exposée dans le froid de l'hiver par exemple ou la personne exposée à une situation vulnérable puisqu'elle est fragilisée.

Tous ces biais peuvent fausser le sens de la recherche et *« seule l'expérimentation permet de mettre en évidence un lien de causalité puisque, lorsque celle-ci est bien réalisée, seules les manipulations des variables explicatives sont à l'origine de la(les) variation(s) de la (les) variable(s) expliquée(s). [...] Dans de nombreuses situations de gestion, le chercheur devrait tester des relations non linéaires de forme U ou U inversées ou encore curvilinéaires croissantes ou décroissantes. Si la détection de formes non linéaires est connue depuis fort longtemps (Aitken et West, 1991), l'utilisation de tests de non-linéarité s'est particulièrement accrue en sciences sociales ainsi que dans certains domaines de la gestion. Une illustration de forme curvilinéaire concerne le lien entre les traits de personnalité et la performance (Le et al., 2011) qui, pendant longtemps, a été considéré comme linéaire. »*¹²²⁸

Ce cadre de recherche ou d'étude de la relation entre comédien et patient dans l'action dramatique découle de la rencontre de l'ensemble des usagers du système et du problème auquel se heurtent ses derniers d'une part, et, d'autre part, du besoin d'améliorer les connaissances de la recherche fondamentale. C'est encore le cas dans la recherche de la relation entre médecin et patient dans la médecine générale considérée aujourd'hui insuffisante dans l'accompagnement du patient, raison pour laquelle elle constitue le sujet ou le centre de la problématique de cette recherche.

Dans cette démarche, les informations ont été obtenues auprès des résidents, des patients et participants lors de trois entretiens distincts. Le premier a eu lieu avant la réalisation de l'atelier du jeu de rôles, le deuxième pendant l'exercice et le troisième a eu lieu dans un délai d'un mois après les séances. En principe, tous ces entretiens ont été enregistrés avec l'autorisation des participants et ces bandes sonores ont été retranscrites ensuite mot à mot, en analysant les propos et en effaçant les noms propres cités dans les passages sonores. Le travail s'est effectué dans un esprit de confiance, en rendant anonymes tous les participants.

Les mêmes observations se retrouvent dans la recherche quantitative du jeu de rôles exercé dans l'enseignement de médecine générale, surtout dans la phase de la pratique, comme Chloé Cécile Delacour l'explique bien dans sa thèse : *« L'ensemble des écrits est conservé sous forme de documents Word. (Ces documents sont disponibles auprès de l'investigateur sur simple demande.) Les entretiens réalisés avant les jeux de rôles avaient pour but d'explorer le vécu des participants avant l'intervention. Ces entretiens étaient collectifs, on parle de focus group. Dans notre étude, chaque groupe était constitué des internes de médecine générale volontaires. L'investigateur de l'étude a exercé le rôle d'animateur de la discussion pour chaque focus group. Un observateur a assisté à trois des quatre entretiens. Concernant les entretiens qui ont eu lieu dans un deuxième temps, trois ont été réalisés en groupe et deux par entretien individuel. Notre intention avec cette deuxième rencontre était de connaître l'impact de la séance de jeu de rôles sur le comportement professionnel des internes volontaires et le vécu du*

¹²²⁸ Ibid., p. 5, s.

jeu de rôles que nous avons effectué dans le cadre de ce travail. Tous les entretiens ont été menés de façon semi-dirigée, à l'aide d'une grille d'entretien comprenant un certain nombre de questions. Ce type de grille fournit une aide pour guider les discussions des participants, les relancer en cas de silence. L'ensemble des questions doit être abordé durant la discussion, mais sans forcément suivre le plan de rédaction de la grille. La spontanéité de la discussion doit être préservée. Lors des entretiens préalables aux jeux de rôles, les questions permettaient de savoir si les participants avaient déjà réalisé des jeux de rôles durant leur formation antérieure et si c'était le cas, quel avait été le vécu de ces jeux de rôles. »¹²²⁹

2) Peut-on parler de genre textuel dans l'improvisation ?

Dans l'outil pédagogique de la recherche sur le jeu de rôles de l'activité dramatique, à base d'improvisations et de création pour l'acteur, le genre textuel peut jouer un rôle dans l'improvisation de la personne mise en étude ou du groupe mis en exercice, seulement si le texte laisse une marge de manœuvre pour l'acteur dans les didascalies soit du côté du renforcement du texte, soit pour les mouvements et les gestes.

Une autre observation est avancée par Roxane Gagnon qui répond à cette question en disant que : « *Outil de recherche et de création pour l'acteur professionnel, discipline dans le cursus des écoles de théâtre, match théâtral, technique de communication, activité d'initiation à l'art dramatique, ces différentes formes improvisées recourent certes des parentés multiples, mais contrairement au genre textuel ne s'inscrivent pas dans un horizon d'attente générique.*

Si nous prenons les trois dimensions essentielles du genre, à savoir des contenus dicibles, une structure communicative particulière des textes et des configurations spécifiques d'unités langagières (Schneuwly & Dolz, 1997), nous voyons bien qu'il n'y a dans l'improvisation théâtrale ni constantes ni conventions. Lieu de toutes les possibilités, l'improvisation se joue à la manière d'un film de cinéma muet, d'une comédie musicale, d'un péplum, d'un polar, d'un roman de Jules Verne, d'une pièce d'Ionesco, d'un film de Fellini et de tout ce qu'en décident les joueurs impliqués. La multiplicité des contenus et des formes est donc l'une de ses spécificités. Le jeu de l'improvisation est régi par des règles (l'écoute, le jeu d'équipe et le respect de la trame narrative), mais aussi par leur oubli. Il se joue seul ou à plusieurs, avec ou sans directives de départ ; sa structure communicative est donc monologuée ou dialoguée et se planifie parfois au préalable, mais toujours in media res (au sens latin, signifie littéralement : au milieu des choses)¹²³⁰.

Cette structure se module en fonction des joueurs, de la catégorie imposée, s'il y a lieu, et en fonction du temps imparti et des réactions du public. Cette variété, ce réservoir de possibles se rapportent aussi à la textualisation. La contrainte donnée peut imposer aux joueurs de faire rimer chacune de leurs répliques ou, dans le cas d'une improvisation à la manière d'une tragédie grecque, qu'un chœur soit intégré à l'improvisation et chante et danse en accord avec l'action. Dans le vif de l'action, les rires du public vont parfois (souvent !) orienter les pistes d'action empruntées par les joueurs. L'improvisation se distingue donc du

¹²²⁹ 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 ?* », *op. cit.*, p. 37.

¹²³⁰ *In media res* : est une méthode ou procédé littéraire qui consiste ou qui admet à placer sans une préméditation ou au préalable le public, le spectateur ou le lecteur entre une action ou au milieu d'une action et les événements qui préviennent n'étant pas relatés qu'après coup.

*théâtre par cette création simultanée qui permet une écriture qui intègre directement les réactions du public, mais elle ne saurait présenter des formes stabilisées. Il s'agit donc d'un type d'activité orale qui implique une diversité de genres textuels. Pour nous, elle est une forme d'activités plurielles. »*¹²³¹

Toutefois, si le jeu de rôles à base d'improvisations est centré sur un texte défini, le comédien responsable du déroulement de la séance ne cherche pas uniquement une performance sur la motivation orale, mais aussi sur la manière dont le sujet assimile son texte à ses gestes, ses émotions, ses douleurs ou ses angoisses.

Pour mieux comprendre cette observation, il est indispensable de parler de l'improvisation comme moyen de développement des capacités orales et écrites de l'enfant (par exemple dans l'enseignement).

a) L'improvisation du patient développe ses capacités orales et écrites

L'improvisation théâtrale est devenue aujourd'hui une des matières indispensables dans l'enseignement, pour aider les enfants – les élèves –, à structurer leur langage, à soigner leurs écrits et à développer leur niveau d'écoute. À l'école, la méthode de l'improvisation est attachée directement à l'usage et aux ateliers du théâtre thérapeutique et psycho-socio-dramatique. Elle a une place prépondérante parmi les outils pédagogiques du théâtre. Certes, dans les premières séances, l'outil dramatique était associé au style traditionnel du théâtre. Celui du respect de l'usage des répertoires des textes des grands auteurs reconnus dans ce jeu dramatique. Après les deux grandes guerres, le jeu de Molière a encore eu de l'influence et son évolution s'est développée grâce à la démocratie participative des participants aux différentes séances du jeu de rôles. Par le respect des participants, des résidents, des élèves, mais aussi des parents et des enseignants qui participent à la démarche de l'improvisation, les comédiens tout comme les enseignants ont donné aux élèves une possibilité ou une marge de contribution aux jeux en acceptant un travail d'échange par la méthode de l'improvisation. C'est donc une nouvelle façon de représenter le théâtre, tournée vers les jeunes ou le jeune public, en choisissant les trois nouveaux modes de pédagogie du théâtre suivants. Il s'agit de développer : « *L'expérience pratique de grands textes en vue de renouveler la culture des participants, l'introduction de questionnement esthétique liée aux nouvelles façons de représenter le théâtre, les transformations dans le jeu de l'acteur où la recherche d'adéquation au rôle questionne la formation personnelle et culturelle du sujet jouant.* »¹²³²

Pour renforcer cet angle d'observation, Roxane Gagnon expliquait que cette observation montre la présence de moyens allant dans le sens de la démocratisation des pratiques artistiques et culturelles dans l'enseignement, en mettant l'accent sur le déplacement de la pratique théâtrale fondée sur le texte écrit du répertoire qui sous-tend l'activité du comédien comme une nouvelle manière de faire l'activité libérée de l'acteur qui joue sur la scène. « *Le jeu n'est pas seulement la reproduction d'un modèle et l'apprentissage d'un comportement ; c'est l'expérience, la découverte, voire la restructuration d'un modèle, à travers des situations fictives, de l'individu dans son rapport à soi, aux autres et au monde*

¹²³¹ Roxane GAGNON, « *L'improvisation théâtrale au service de l'expression orale et écrite et de son enseignement* », Revue suisse des sciences de l'éducation, Academic Press Fribourg, p. 5.

¹²³² *Ibid.*, p. 5.

(Klotz & Voltz, 1998, p. 579). C'est ce nouveau cadre qui permet l'usage de l'improvisation à l'école. Traitant des apports du jeu de rôle dans l'enseignement des langues étrangères, Tabensky (1997) insiste sur l'importance de distinguer la spontanéité du spontanéisme.

La spontanéité-créativité n'est pas l'apanage du locuteur naïf, et elle peut se développer comme résultat d'une formation spécifique s'inscrivant dans le cadre d'une approche interactive de l'enseignement [...] [elle] présuppose une activité mentale organisée et intense dont elle se charge d'assumer l'aboutissement (Tabensky, 1997, pp. 6 et 23). »¹²³³

La notion de spontanéité est définie ici comme l'ensemble des méthodes ou des moyens caractérisant une nouvelle réponse originale à une situation ancienne ou une réponse adaptée à une situation nouvelle. Dans le jeu de rôles à base d'improvisations, le spontanéisme est considéré comme l'ensemble des paroles ou des mouvements ou de toute activité irréfléchie, libre, impulsive, instinctive et incontrôlable. « C'est d'ailleurs la confusion entre ces deux termes qui explique la rareté d'activités axées sur l'improvisation ou le jeu de rôle dans l'enseignement des langues. Pourtant, il a été prouvé que de telles activités instituent un rapport non paralysant à l'erreur linguistique (Lacoste, 1980) et reconnaissent le lien entre le corps et l'esprit. Ce nouveau rapport à la langue est généré par une implication profonde dans la tâche qui, d'une part, minimise la crainte de la censure collective, et, d'autre part, conduit l'apprenti locuteur à s'assumer complètement en train de parler la langue cible. Ce travail de la spontanéité mène à une transformation du rapport au langage en le rendant conscient et volontaire. Le contrat d'apprentissage que pose plus particulièrement l'improvisation théâtrale implique la négociation de la signification d'une action ou d'un objet, mais aussi son acceptation par le partenaire de l'échange (Buysse, 2007). Fondée sur l'écoute de soi et des autres, l'improvisation donne accès aux élèves à une "analyse de la réalité à partir d'un discours donné dans un langage artistique original", elle est un "moyen d'interrogation et de vérification de la communicabilité du discours tenu" ; elle est aussi un "comportement ludiquement élaboré à l'intérieur d'une situation." (Ryngaert, 1996, pp. 8-9). Elle profite du pouvoir d'attraction du jeu, en ayant comme caractéristique fondamentale de se fonder sur un va-et-vient entre la conscience des règles du jeu et l'oubli de ces règles dans une démarche simultanée (Ryngaert, 1996). L'improvisation théâtrale autorise les essais, les reprises et les retours en arrière ; et [...], elle rend possibles les allers-retours entre oral et écrit nécessaires, par exemple, à la création collective. »¹²³⁴

En bref, il est admis par plusieurs professionnels de théâtre, mais aussi par des spécialistes de l'éducation et de l'enseignement, que l'improvisation favorise vraisemblablement l'évolution, le développement des capacités orales par des initiations au langage, les expressions orales, mais aussi les prononciations tout en mettant en relief les mouvements du corps compatibles avec les textes improvisés. « Cette forme d'activité invite, entre autres, à réagir en développant le sens de la répartie, à prendre sa place, à être présent et disponible, à entrer en relation avec l'autre et avec l'espace, à s'exprimer par le corps, à s'adapter à la situation de communication, à s'accepter et à accepter l'autre, à se décentrer, à s'engager et à engager l'autre. »¹²³⁵

¹²³³ Ibid., p. 5, s.

¹²³⁴ Ibid., p. 6.

¹²³⁵ Ibid.

Par exemple un des sujets les plus travaillés dans les écoles françaises : parler de la fin de la Première ou de la Seconde Guerre mondiale. Les élèves sont appelés à improviser des textes en restant dans ce contexte d'une part, la pratique d'improvisation théâtrale leur permet de se familiariser directement avec le travail d'écriture dramatique d'autre part. Ils doivent écrire tout ce qu'ils disent à la fin de l'improvisation. Parfois, le groupe de travail est partagé en deux : il y a ceux qui jouent d'un côté, et, ceux qui écrivent les paroles improvisées en même temps que les acteurs les prononcent, de l'autre. Il y a une spontanéité entre les paroles improvisées et les écritures remaniées. Les élèves se trouvent en situation d'apprentissage de l'écriture dramatique. Cette activité impose de traduire aussi sur le papier les expressions corporelles, faciales et les émotions manifestées lors de l'improvisation. « *Dans le travail d'écriture d'une saynète, l'improvisation et le canevas agissent comme des genres d'oraux et d'écrits intermédiaires à la disposition des élèves. Ces outils, d'une part, mettent en œuvre le dialogisme présent dans tout texte, soit la prise en charge et la hiérarchisation des différentes voix dans le discours. Les élèves doivent choisir parmi l'ensemble des propositions faites au moment du jeu spontané celles qui resteront sur papier. D'autre part, ils donnent à voir la manière dont se réorganisent les compétences internes, ce que Alcorta (2001) en traitant du brouillon appelle la "construction de l'architecture mentale du scripteur."* (p. 131). Comment représenter à l'écrit, par exemple, ce qui aura été exprimé par le corps ? Comment inscrire sur papier les variations de tons qui ont tant fait rire l'auditoire au moment de l'improvisation ? L'articulation entre les scènes improvisées et les saynètes écrites structure le processus d'écriture. Par des occurrences fréquentes, l'apprenti scripteur fait progressivement bouger ses postures d'écriture. L'écrit et l'oral intermédiaires sont donc conçus comme des outils de construction de texte, des moyens de gérer la production (Alcorta, 2001). »¹²³⁶

En principe, l'enseignant qui veut faire apprendre à ses élèves l'écriture dramatique les initie tout d'abord à l'improvisation, que ce soit en individuel ou en groupe, sur la base de thèmes répondant aux valeurs de la thématique recherchée. Après l'activité, les groupes écrivent chaque idée qui leur paraît importante et intéressante pour améliorer la pièce écrite. Lors de l'improvisation, les élèves échangent à l'oral sur un sujet fictif et ils retiennent des éléments importants, des gestes inattendus et des émotions ou des sentiments indispensables pour l'évolution du scénario. Ce jeu sert bien sûr d'élément de base à la reconstruction de la saynète. C'est pourquoi l'enseignant qui est le maître du jeu peut intervenir à tout moment pour recadrer et pour restructurer, soit la mise en place du groupe, soit l'évolution du jeu. Il est le guide principal de l'activité.

Il peut aussi participer à l'étape suivante qui « *consiste en la rédaction du canevas par les élèves, soit le squelette de la saynète, ses grandes lignes. Pour l'enseignant, il s'agit de faire travailler l'élève sur la mise en intrigue, c'est-à-dire la sélection et l'agencement des événements de manière à ce qu'ils forment un tout, une histoire, une action complète (Bronckart, 1996). À partir des notes qu'ils auront prises des premières improvisations, à partir aussi de leurs échanges rétrospectifs, chaque équipe doit rédiger le canevas de la saynète. Des improvisations plus ciblées peuvent être faites en vue de débloquer certains "nœuds" dans l'élaboration de la trame. Une fois le canevas rédigé, il peut être intéressant de*

¹²³⁶ Ibid., p. 7.

travailler la mise en texte en regardant les transformations nécessaires des dialogues, de manière à passer d'une production orale spontanée à un écrit oralisé. Ici, l'utilisation des transcriptions de passages d'improvisation s'avère fort pertinente. La compréhension et la rédaction des indications scéniques, les didascalies internes (intégrées aux dialogues, elles caractérisent la situation d'énonciation) et externes (les indications données en marge du dialogue) pourraient faire l'objet d'un atelier en classe. Il y a aussi, tout au long de la séquence d'enseignement, à donner à lire des saynètes pour favoriser la reconnaissance de la structure du genre, laquelle, nous l'avons dit, est extrêmement variable. »¹²³⁷

La dernière étape est le moment de la rédaction du scénario, le directeur du jeu doit s'assurer que les élèves maîtrisent bien les étapes précédentes puisqu'elles sont intermédiaires. Elles devraient aider les équipes à mettre en mots toutes les répliques de l'improvisation théâtrale qui faisaient partie de l'échange, du dialogue et qui sont les fruits d'une création collective.

b) Est-il possible d'improviser pour enseigner à travers le jeu de rôles ?

De prime abord, il faut chercher à savoir quels sont les points communs qui existent entre le jeu psychodramatique de l'art théâtral et l'enseignement.

Le ou les points communs se trouvent dans l'axe principal qui demande à l'acteur qui interprète un personnage, tout comme à l'enseignant, d'être proactif, d'être dynamique et d'assurer un niveau relationnel orienté autour de deux ou trois branches : développer le rapport à son personnage incarné, garder un lien avec son public voyeur, mais aussi avec les autres. « *Il est ainsi possible de tenter des rapprochements entre le métier de comédien et celui d'enseignant. C'est le pari d'ailleurs que tiennent Buysse (2007), Pelletier et Jutras (2008) et Runtz-Christan (2000). La pédagogue Runtz-Christan s'intéresse plus particulièrement aux savoir-être communs aux deux professions. Pour elle, les savoir-être de l'enseignant sont ce qui le rend capable de communiquer avec sa classe, de susciter l'envie d'apprendre, ce qui lui permet "de valoriser sans juger, de réguler sans régulariser, d'anticiper sans antécéder."* (Runtz-Christan, 2000, p. 15). Parmi les savoir-être partagés par le comédien et l'enseignant, elle s'intéresse notamment à la présence, qu'elle définit comme le résultat d'un savant mélange entre séduction, regard, écoute, voix, aisance, attitude corporelle, rôle, imagination, concentration, professionnalisme et personnalité. Elle considère la prise de conscience de la présence – et de sa contrepartie nécessaire, la distance ! – comme le fruit d'un travail de réflexion dans l'action nécessaire à l'analyse de la pratique. La pédagogue insiste sur la valeur de la théâtralité dans l'enseignement : La théâtralité n'est pas un style pédagogique propre à certains enseignants doués pour le théâtre, elle relève bien plus essentiellement de la nécessité. Elle structure la relation professeur/élève, elle assoit l'autorité, elle donne à voir et à entendre le savoir (Runtz-Christan, 2000, pp. 110-111). »¹²³⁸

Edmée Runtz-Christan, pédagogue passionnée par le théâtre, pose les questions suivantes : « *Enseigner ne serait-il pas un art de la scène ? L'enseignant ne serait-il pas un comédien ? Le texte – le savoir – n'est-il pas reçu en fonction de la "présence" de celui qui le*

¹²³⁷ *Ibid.*

¹²³⁸ *Ibid.*, p. 10.

transmet »¹²³⁹. Selon ses recherches, la formation des enseignants tient compte de ces savoir-être et implique directement, dans leur métier, un travail sur la théâtralité. C'est une grande activité qui apporte un changement dans les comportements des élèves ; leur capacité d'écoute et leur niveau de motivation ont totalement changé. Pour retenir les élèves et pour garder et attirer leur attention, le corps des enseignants juge nécessaire de prendre l'outil théâtral à base d'improvisation du jeu de rôles comme une valeur ajoutée, un moyen nouveau ou un nouveau regard pour améliorer la qualité de l'enseignement. « *Une approche de l'enseignement fondée sur la théâtralité pourrait-elle jouer un rôle dans une amélioration de la relation pédagogique ?* »¹²⁴⁰. Pour répondre à cette interrogation, l'auteur met en question ces deux métiers et les compare en démontrant que le métier de professeur et celui de comédien ont en commun des éléments qui les réunissent, en dépit des quelques éléments qui les différencient – ce sont des fondamentaux. Parmi les éléments qui les réunissent, il y a la présence – mais celle-ci n'est pas un symbole de la séduction. Elle n'est pas non plus la gesticulation pour capter l'attention de l'élève, elle n'est ni la démagogie ni la méthode de nouer la relation entre enseignant et élève. Elle est tout simplement une forme d'exigence nécessaire et indispensable pour assurer la transmission du contenu des savoirs. C'est pourquoi plusieurs chercheurs acceptent l'idée selon laquelle le développement du savoir-être du professeur peut aujourd'hui faire l'objet de discussions ou d'une formation animée par le travail artistique du comédien.

Sur ces principes « *Buysse (2007) est du même avis. Selon lui, les dispositifs des formations théâtrales et ceux de la formation des enseignants partagent plusieurs caractéristiques, notamment le fait de reposer sur des interactions sociales et une situation d'apprentissage engendrant à la fois compréhension, réflexion sur l'objet transmis et développement d'une réflexivité dépassant en cela cet objet. Il argue donc en faveur de l'emprunt d'éléments de la formation théâtrale pour les intégrer à la formation des enseignants. De cette manière, on participe au développement de capacités interactionnelles ou de savoir-être qui ont un impact positif sur le travail de l'enseignant et, généralement, sur l'apprentissage des élèves. De leur côté, Pelletier et Jutras (2008) montrent que l'entraînement à l'improvisation théâtrale peut développer la vigilance et la rapidité d'exécution devant une situation non planifiée. Ils s'appuient sur les bases de l'improvisation, telles qu'elles ont été formulées par Gravel et Lavergne (1987), afin d'établir des ponts entre l'improvisation et la gestion de classe. Le contexte interactif de l'improvisation s'apparente en effet à celui de la classe, car il demande coopération, écoute et attention soutenue. La gestion de classe se verrait donc facilitée par la maîtrise de capacités à improviser. Les deux chercheurs québécois en appellent également au concept de réflexion en action de Schön (1983) qu'ils traduisent par la faculté d'improviser dans le contexte interactif de la classe. Sur scène, les acteurs du théâtre d'improvisation jouent sans scénario ou texte ; leur performance s'appuie sur l'imprévisible. L'enseignant connaît à l'avance ce qu'il va enseigner ; toutefois, en fonction des réactions des élèves, il arrive fréquemment que la programmation prévue ne soit pas réalisée et que certains contenus viennent remplacer les contenus prédéterminés. Une formation à l'improvisation aiderait l'enseignant à faire face aux imprévus et à élaborer des solutions de manière créative.* »¹²⁴¹

¹²³⁹ Edmée RUNTZ-CHRISTAN, « *Enseignant et comédien, un même métier* », ESF Éditeur, octobre 2000. (Résumé du livre).

¹²⁴⁰ *Ibid.*

¹²⁴¹ Roxane GAGNON, « *L'improvisation théâtrale au service de l'expression orale et écrite et de son enseignement* », *op. cit.*, p. 10, s.

Le théâtre dramatique de type improvisation contribue massivement à l'enseignement par le biais du jeu de rôles cherchant l'interaction entre l'enseignant et ses élèves. Cette étude montre que l'élève développe tous ces organes de sens, mais aussi ces capacités d'apprentissage.

Conclusion du Chapitre I

Tout au long de ce chapitre, l'étude démontre que la pratique du jeu de rôle comme instrument pédagogique dans le processus du soin du malade aide à réfléchir sur le lien développé, au fur et mesure, entre le malade et le groupe thérapeutique avec le psychodrame et le sociodrame. C'est pourquoi cette recherche a interrogé les spécificités de cet outil en commençant par l'activité du jeu de rôle dans plusieurs institutions sociales et professionnelles.

Il était possible de constater lors des enquêtes de cette étude qu'avant de commencer le jeu, la plupart des participants hésitaient à entrer dans le jeu et surtout que certains d'entre eux osaient dire qu'ils n'aimaient pas ce genre de jeu et encore moins le jeu de rôle. Or, une fois qu'ils commençaient l'exercice, le jeu devenaient fascinant et les patients ne voulaient surtout pas arrêter.

Toutefois, notre étude a encore remarqué que l'artiste participe dans le jeu en tant que praticien du sociodrame et du psychodrame d'un côté, et, de l'autre, en tant que maître du jeu et animateur artistico-thérapeutique. Ainsi, il est par conséquent logique de préciser que le comédien a toujours besoin de trois règles pour accompagner ses patients et les équipes participantes : le respect de l'anonymat, le respect des témoignages et l'interdiction de s'approprier une histoire mise en scène quelque soit sa valeur.

Quant à la réflexion centrale de ce chapitre, il était question de savoir si la pratique du jeu de rôle dans les hôpitaux psychiatriques permet de trouver un bon niveau de socialisation ou resocialisation de la personne soignée.

La réponse est positive dans cette étude car elle démontre qu'actuellement l'exercice du jeu de rôle est considéré comme une activité absolument indispensable à la socialisation, à l'intégration et à la motivation de l'individu non seulement pour l'aider à changer ses comportements mais aussi pour l'aider à comprendre les facteurs d'interactions humaines.

Il est également possible de voir que le jeu de rôle a plusieurs méthodes à choisir selon le thème de l'exercice. Il est possible de suivre le choix du maître du jeu ou de choisir librement le thème à suivre entre participants. Seulement, personne n'est autorisé à s'approprier un personnage ni à juger bon ou mauvais un tel ou tel personnage. Il est attentif de dire que l'essence du jeu est de savoir si les participants ont compris la règle dramatique et s'ils ont pu la mettre en pratique.

Afin de bien développer et de bien comprendre le dernier Titre II de cette étude, il est nécessaire de passer au dernier Chapitre II, portant sur « *La réalisation du théâtre dans les établissements de santé* ».

CHAPITRE II /SCÈNE II – LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ THÉÂTRALE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

« En tant que médecins, nous ne savons pas lire le langage des patients.
Mais vous, les artistes qui travaillent avec le vécu des gens,
vous pourriez nous aider. »¹²⁴²

Ce chapitre est consacré à l'ensemble des étapes et des démarches facilitant l'implantation de l'activité théâtrale dans les établissements de soins. Cette activité se définit par la représentation en public des travaux réalisés pendant des mois et des mois ou de semaines en semaines.

Il est donc indispensable de parler ou d'évoquer plusieurs démarches artistiques des compagnies théâtrales et/ou des groupes afin de donner plusieurs éclairages à chaque élément nécessaire pour la réalisation d'une création dramatique.

Par exemple le Théâtre du Menteur qui intervient à l'Hôpital de Bligny à Briis-sous-Forges (Essonne) : son domaine d'intervention se concentre particulièrement dans les services de pédiatrie, dans les services psychiatriques et davantage chez les patients atteints du sida et/ou d'un cancer. François Chaffin affirme que les professionnels artistiques qui fréquentaient les hôpitaux n'avaient pas accès aux personnes adultes. L'intervention des artistes dans cet établissement date du début des années vingt. Le directeur de cet hôpital estimait qu'une activité culturelle comme l'art dramatique pouvait améliorer le traitement de ses patients atteints par exemple de tuberculose. C'est la raison pour laquelle le Théâtre de Bligny est inauguré très rapidement le 19 septembre 1934. Plusieurs artistes comme Michel Serrault, Madeleine Renaud, Louis de Funès, Jean-Louis Barrault et Bourvil vont prendre l'initiative de se produire dans ce théâtre. Tous ces comédiens jugeaient que ce public était très exigeant, mais aussi très approprié à leur savoir-faire, c'est pourquoi ils souhaitaient toujours représenter leur œuvre dans ce théâtre avant de les présenter à Paris. Ces sortes d'avant-premières continuent toujours aujourd'hui pour l'intérêt des patients, mais aussi pour celui des personnels et des proches des patients. Dans les années quatre-vingt-dix, le « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹²⁴³ présentait un intérêt particulier pour le directeur de l'établissement et son équipe technique. Ils vont donc accorder des moyens pour construire un autre théâtre, au sein même de l'hôpital, avec un plateau de six mètres par quatre et une salle de soixante-dix places. C'est ainsi que l'activité des ateliers théâtre est née à l'Hôpital de Bligny, dirigée par Valérie Dassonville et François Chaffin. En 1996, ils ont proposé une série d'actions culturelles au public de l'hôpital, avec comme cibles les patients, le personnel, le public de proximité et le public rural du canton de Limours.

Le coût de la réalisation – ou plus largement l'aspect financier des différentes actions mises en place, ne fait pas partie de cette recherche ; mais il est néanmoins important de dire,

¹²⁴² Professeur Jean-Philippe ASSAL, médecin diabétologue, un des pionniers de l'éducation thérapeutique, parlait à Marcos Malavia, metteur en scène et acteur de théâtre le 29/06/2015 consulté sur le site internet de l'Institut 3M : Maladies, Métaboliques et Médecine interne, le 27 décembre 2018 :

<http://institut-e3m.aphp.fr/du-theatre-par-pour-les-patients-au-coeur-de-lhopital-lexperience-du-theatre-du-vecu-en-diabetologie/>

¹²⁴³ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit*

pour information, que l'hôpital et ses partenaires, le Département et/ou la Région, doivent accorder tous ensemble des financements pour permettre à ces projets théâtraux d'être réalisés. Les hôpitaux qui pratiquent le théâtre comme moyen thérapeutique ont besoin d'aides financières¹²⁴⁴ pour assurer la survie des différents projets dramatiques et culturels.

Le Théâtre de Bligny fixe un tarif forfaitaire pour avoir accès à la représentation en public. Le spectateur a une spécificité attendue par les acteurs, c'est d'être captif, mais aussi d'être dans le besoin comme le spectateur qui se trouve dans une situation de souffrance, quelle que soit sa pathologie. Quand le patient décide de se rendre au théâtre, il s'endimanche et en général, il vient accompagné de sa famille, de ses parents, de ses enfants ou de ses proches pour qu'il se sente à l'aise. Les habitants de proximité viennent aussi profiter de ce moment idéal qu'est la représentation. François Chaffin explique que ce moment de métissage, d'échange entre bien-portants et patients constitue certainement, pour les comédiens, une motivation supplémentaire dans la réalisation de leur travail. C'est pour cela qu'ils ont décidé de faire de ce projet un projet de théâtre permanent au sein de l'établissement, avec la présence d'une équipe culturelle et des équipements culturels de proximité et avec un objectif central destiné à tous les résidents de l'hôpital, mais aussi au personnel de l'institution et au public de proximité. Ils invitent aussi différentes compagnies à venir participer massivement à ce projet pour répondre aux besoins des malades. François Chaffin et son équipe mettent à la disposition des compagnies et des associations participantes une infrastructure de spectacle tout à fait opérationnelle et qui est disponible à tout moment avec des moyens techniques et des équipements scéniques complets et adéquats.

Dans les principaux fondements du projet, il y a un principe selon lequel le théâtre ne doit pas être subi, il doit absolument faire l'objet d'une démarche libre, volontaire et/ou recommandée par un service de soins.

Ce chapitre pose des questions qui reviennent souvent, autrefois comme aujourd'hui, non seulement dans les hôpitaux psychiatriques, mais aussi dans les services de pédiatrie. Comment est-il possible de réaliser une activité dramatique dans les centres de santé ? Quelles sont les étapes artistiques à suivre pour mener à bien l'expérimentation théâtrale devant un grand public ? Pourquoi l'hôpital français veut-il séduire ses patients ? La crise financière qui touche les établissements de santé conduit-elle ces derniers à développer une forme de tourisme médical ?

Pour mieux cerner largement ces questions, il est proposé d'aborder tout d'abord : « *Le programme et l'activité théâtrale au sein de l'établissement de santé* » en Section I et « *Les grands moments de la séance de formation* » en Section II.

SECTION I - LE PROGRAMME ET LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ THÉÂTRALE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

La plupart des artistes et des professionnels médicaux répondent à ces interrogations en précisant que le programme initiant des actions culturelles et théâtrales dramatiques dans les établissements de santé n'est pas en principe destiné à élever l'économie de l'hôpital ni un

¹²⁴⁴ Toutefois, cette thèse n'abordera pas la question financière, laissant à un autre chercheur le soin de creuser cette thématique.

moyen de lutter contre la crise financière qui gangrène les établissements de soins sur le territoire français.

Le concept général repose sur une philosophie qui amène tous les patients à bénéficier d'un moyen d'expression pour exprimer leur vécu émotionnel de la maladie, mais aussi pour les aider aux soins, pour faciliter leur engagement dans la prise en charge de soins et accepter le traitement prescrit par le médecin. En revanche, cette expression n'a de sens qu'en la présence et l'assistance d'un artiste qualifié du domaine.

Il est clair que des mécanismes de défense psychologique peuvent se manifester lors de l'annonce d'un diagnostic, quelle que soit la pathologie chronique dont souffre le malade. Ces mécanismes sont capables de protéger le patient en évitant son effondrement psychique au moment de l'annonce de sa maladie. Le malade est alors conscient de son état de santé, bien informé de sa maladie et positif vis-à-vis de toute information donnée lors du diagnostic. En fonction de sa force mentale, ces mécanismes peuvent l'aider à reconstruire sa vie en mettant en cause la qualité de sa vie précédente et à envisager un nouveau comportement adapté à la prise en charge des soins.

Au contraire, si le patient n'est pas informé ou mal informé, il est fort probable qu'il renonce soit à des étapes de soins soit au traitement tout entier, comme c'est le cas pour certains patients diabétiques. Ils mettent leur vie en danger en renonçant verbalement à appliquer intégralement leur traitement que ce soit du côté d'une alimentation adaptée ou de certaines mesures régulières de glycémies ou encore sur le fait de bien respecter les doses d'insuline lors des repas. Il en est de même pour ceux qui luttent contre le stress, le trouble psychique induit par les antécédents du diabète ou encore les mauvaises expériences de cette pathologie capable de développer des addictions, des dépendances ou des comportements à risque.

Il est constaté encore que des patients qui sont informés de leur état de santé, de leur maladie, de leur trouble psychologique n'osent pas entreprendre un projet de soins et se séparer de la maladie qui les étouffe. Le problème est dans ce cas chez le médecin, qui sera obligé de répéter à tout moment les mêmes conseils et de faire des prescriptions judicieuses, approuvées par des expérimentations scientifiques, tandis que le malade restera dans son coin, enfermé dans ses souffrances faute de recevoir l'information adéquate ou de pouvoir le communiquer convenablement. *« Il est alors essentiel que le patient puisse analyser les raisons de ses difficultés en exprimant son vécu émotionnel de la maladie, afin d'avancer et parfois de débloquer certaines situations. Le Théâtre du Vécu s'inscrit dans cette volonté de permettre à la personne d'exprimer sa relation intime avec la maladie. Comme le suggère Marcos Malavia, "la souffrance est un brouillard, un nuage sans forme. Si les patients parviennent à raconter ce nuage qui les habite, il prend alors forme avec la mise en scène et cette mise à distance rend la souffrance plus facile à apprivoiser." »*¹²⁴⁵

Ces arguments avancés montrent que la réalisation de l'activité dramatique au cœur de l'hôpital est loin d'être un moyen destiné à rehausser l'économie de celui-ci en attirant des malades riches comme pour des activités touristiques.

Le développement du théâtre au cœur des institutions de santé demande impérativement la mise en place d'une démarche de réalisation et de répétitions.

¹²⁴⁵ *Ibid.*

PARAGRAPHE 1 - LA DÉMARCHE DE LA RÉALISATION

Tout d'abord, l'arrivée pour la première fois dans les ateliers de théâtre n'avait pas pour but principal de se mettre à la place du spectateur ou d'un participant et/ou d'un meneur de jeu de rôles dramatiques. Le but central était tout simplement d'observer le déroulement de la réalisation de l'action dramatique en qualité de chercheur, c'est-à-dire de se placer en retrait, loin d'être un patient ni même un spectateur, mais plutôt celui qui garde un œil d'observateur, comme il sied à un futur spécialiste du domaine capable d'élaborer des doctrines dans les années à venir.

Pour mieux comprendre les différentes méthodes de réalisation, il fallut donc commencer par rencontrer les comédiens qui dirigeaient les ateliers pour échanger avec eux et c'est ainsi qu'est apparu l'objectif premier de la pratique théâtrale à l'hôpital. C'était donc un moyen d'analyse d'une part, et, d'autre part, un moyen thérapeutique.

Au fur et à mesure, les analyses se sont accumulées et ont fait comprendre qu'il n'était pas encore temps de demander une application absolue des théories ou des pratiques des différents courants des professionnels réputés dans ce domaine, mais plutôt de partir dans un premier temps de l'observation de ce qui se passe dans la pratique, sur le terrain, et dans un second temps, de se concentrer sur une analyse des revues de la littérature qui diffusent des méthodes pratiques facilitant la réalisation de l'exercice. C'est justement le moment idéal pour confronter les écrits avec tout ce qui se fait sur le terrain. Le premier constat suggère que la partie pratique soit après la partie théorique, ce qui est difficile à comprendre pour ceux qui se confrontent d'abord au terrain, à la pratique avant la théorie.

A] LE THÉÂTRE OU THÉÂTROTHERAPIE

Il est admis que le théâtre est un genre littéraire qui consiste à représenter publiquement sur une scène ou un espace bien adapté un texte joué et dialogué par des comédiens – acteurs. Si l'analyse se penche sur le savoir-faire de la littérature grecque, théâtre ou « *thatron* » en grec est le « *lieu d'où l'on regarde* ».

C'est pourquoi la plus grande partie des artistes pratiquant l'art dramatique disent que l'œuvre théâtrale n'est pas comme les autres genres littéraires parce que celle-ci ne prend son véritable pouvoir ou sa véritable dimension que lorsqu'elle est représentée devant un public sur une scène. En principe, un atelier théâtre à l'hôpital se donne de façon implicite un objectif artistique qui prendra effet lors d'une représentation sur une scène, puisque le maître du jeu de rôles cherche des répercussions psychologiques auprès de son public.

Ici, le théâtre pratiqué en qualité de thérapie a des principes beaucoup plus centrés sur le malade en tant qu'acteur. Les objectifs sont donc axés sur le travail du jeu de rôles, mais un autre angle d'observation est possible dans ce même travail comme celui d'un individu souffrant particulièrement sur son personnage selon les exercices choisis par le maître du jeu, en fonction des buts thérapeutiques recherchés.

C'est dans l'axe principal du jeu de rôles qu'existe la différence entre l'objectif central du comédien-metteur en scène et le but principal de l'ergothérapeute. Ils n'ont pas les mêmes priorités et il en découle donc des caractéristiques différentes qui marquent la particularité du jeu de chacun comme le cas de la présence des comédiens, jouant sur une scène, avec des

décors précis, mais aussi portant la voix du texte tout en répondant aux exigences du metteur en scène devant un public, un spectateur. Dans le théâtre thérapeutique, une autre mesure d'observation s'ajoute à l'acteur sur scène : non seulement il répond à un texte et aux exigences d'un metteur en scène, mais il répond aussi à lui-même en exprimant des valeurs escomptées en tant qu'homme. C'est donc à ce niveau qu'intervient le comédien qui exerce en milieu hospitalier dans la mesure où sa participation entre dans le sens du processus de soin thérapeutique du malade.

En parlant de la théâtrothérapie, il est indispensable de parler de la réunion de tous ces éléments qui donne une impression de réalité lors de la représentation d'une pièce de théâtre. À un moment donné, le spectateur peut être frappé par les événements inattendus qui accompagnent une telle représentation. Tout cela dépend de la troupe qui joue, du texte abordé, du temps, du décor, de la mise en scène, du maquillage, du son adapté, de la lumière ou de tout autre élément. Cet ensemble d'éléments répond encore à un autre besoin qui entre dans le cadre thérapeutique comme l'expression corporelle.

Le théâtre est reconnu pour sa capacité à divertir ou à convaincre tout comme pour sa façon de plaire, d'éduquer ou d'informer. Il représente la réalité dans une autre forme, avec des cohérences qui le font accéder au rang d'œuvre d'art. Ses valeurs sont uniques et pour parvenir à ses buts, il dispose non seulement d'un langage textuel qui lui est propre, mais aussi du corps humain, de la gestuelle et de signes adaptés.

1) L'activité des coulisses

Lors des recherches, la notion de coulisse est apparue deux fois. Il y a la coulisse derrière la scène, un espace de préparation finale avant d'entrée sur scène et la coulisse englobant toutes activités exercées en dehors du public ou des personnes ne faisant partie du groupe de travail. Ce qui intéresse plus cette étude est la deuxième coulisse.

Les coulisses des ateliers théâtre visent à mettre en activité le corps des comédiens, leur voix en mettant en place des jeux fondés sur le plaisir, le vécu, les valeurs esthétiques et symboliques. Les patients sont encouragés à rester dans le projet en leur expliquant qu'ils sont perçus comme tels, pas comme des acteurs professionnels, mais au même niveau que le personnel soignant qui y participe. Leur investissement est attendu tant du côté personnel que collectif.

Ils apprennent à développer largement leurs capacités créatives et leur imaginaire par le biais d'exercices d'improvisation tout en séparant l'espace de jeu en deux : celui de l'imaginaire d'un côté, et, celui du réel de l'autre.

C'est dans les coulisses qu'ils apprennent également à conjurer les états émotionnels tout en développant les fonctions cognitives telles que la concentration, l'écoute, le silence et la mémorisation à travers la prononciation du texte et l'écoute des répliques des autres. C'est dans le travail de coulisse que le patient est formé à la valorisation du public, de l'individu ou du participant afin de manifester un sentiment de confiance en soi et de maîtrise de l'autre.

C'est ici que se déroulent les échanges interpersonnels avec le metteur en scène ou avec le public ou bien même avec les membres du groupe eux-mêmes. Dans cette partie, les membres des familles des patients ou leurs proches peuvent être invités à y contribuer,

complètent leur information et mobilisent certaines ressources indispensables à la réussite des soins de leurs proches.

Le comédien Bacar Nouridine affirme que c'est dans ces travaux de coulisses qu'il rappelle à ses patients le lien qui existe entre eux et le public, via l'échange textuel et gestuel. Le décor et les costumes sont des outils favorisant la captation du public, mais le plus important, selon lui, est ce que le corps exprime et ce que le texte véhicule. Il y a impérativement un ensemble d'instruments du théâtre qui accompagnent l'accomplissement de ce jeu.

La particularité du travail des coulisses est que celui-ci est exercé à l'hôpital et il ouvre une possibilité d'intégrer l'extérieur – le public – dans les répétitions puisque celles-ci peuvent à un moment ou à un autre s'effectuer en dehors de l'établissement de santé. C'est pourquoi les acteurs disent que les répétitions donnent absolument lieu à une représentation finale sous les yeux d'un public.

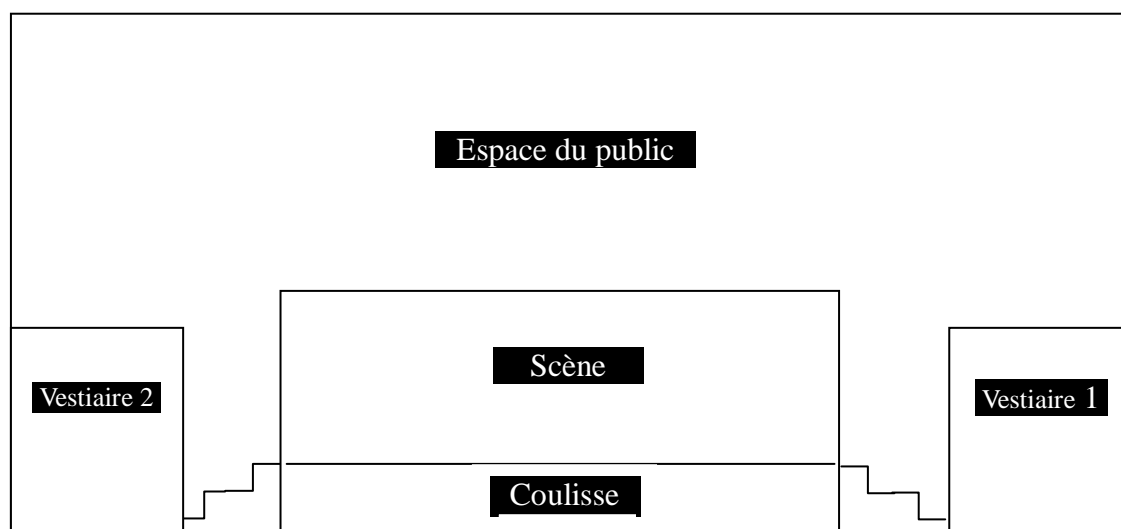
a) Les instruments du théâtre comme dans les grandes représentations

L'activité dramatique à l'hôpital est comme celle des grands théâtres. Le jeu dramatique reste le même et il conserve ses instruments, même s'il s'agit d'art-thérapie.

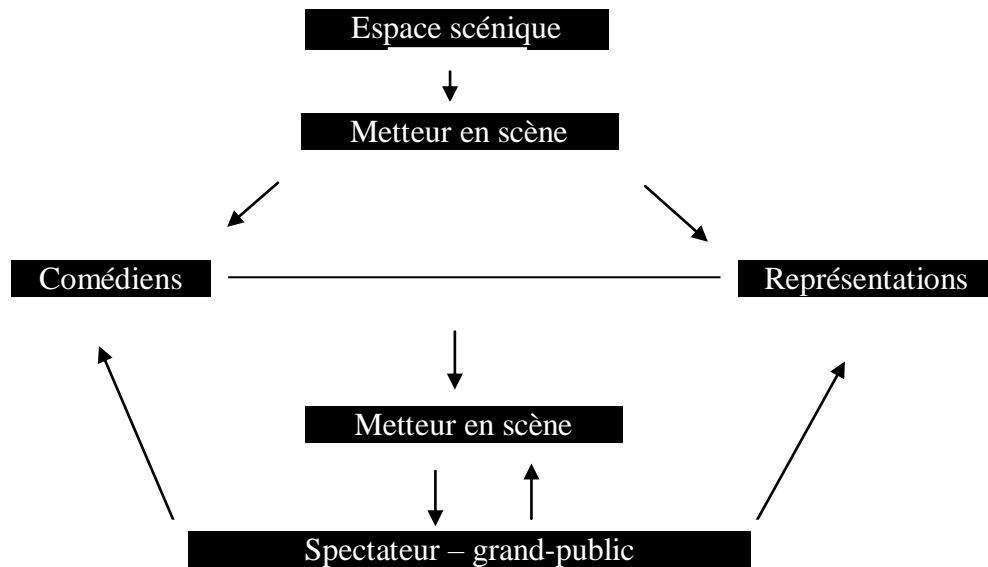
Il y a donc le comédien, l'espace investi, la représentation de l'œuvre finale et le spectateur qui évalue le produit. Tous ces éléments seront développés dans les titres qui suivent à l'exception de l'acteur qui est déjà bien défini dans l'introduction.

Toutefois, il est indispensable de présenter quelques critères qui le définissent. Il est comme le chanteur puisqu'il s'exprime avec sa voix et il a l'aspect d'un danseur parce qu'il investit son corps pour occuper l'espace scénique grâce à ses mouvements, ses gestes et ses déplacements. Ces trois éléments constituent ses moyens d'expression et de manifestation. Dans l'ensemble de ces éléments, le texte reste en retrait puisque pour la plupart il s'agit de textes improvisés par les patients. Il n'y a donc pas d'auteur principal comme dans les grands théâtres.

b) Schéma représentatif de l'espace théâtral



Explication de l'espace du jeu théâtral :



2) Le travail des acteurs en coulisse

L'espace des coulisses peut aussi se représenter comme un espace entre fiction et réalité ou entre le ludique et le réel. Il se représente comme celui de la préparation, de l'initiative, de la concentration et de l'attachement avant de se présenter sur la scène du jeu. Il est l'espace qui permet au comédien de basculer entre personne et rôle ou entre personne et personnage.

Comme il a été bien expliqué précédemment, dans les coulisses, plusieurs travaux s'effectuent comme ceux de l'habilleur, du costumier, de l'administration, du directeur du théâtre, du régisseur, de l'éclairagiste, du metteur en scène et des comédiens. Il est intéressant de creuser un peu plus le travail de ces derniers pour voir comment ils travaillent pour améliorer l'état de leur santé. Ce travail passe par deux phases indispensables : l'amélioration de la qualité de la voix et les mouvements du corps.

a) Travailler la voix

Tout d'abord, il y a le travail sur les différentes caractéristiques de la voix. Il est important de souligner que la voix de l'acteur tient un rôle indispensable, car elle véhicule des informations comme son corps, son visage et ses mots. Si le comédien maîtrise bien ses mouvements – ses déplacements et ses gestes –, mais qu'il ne maîtrise pas sa voix, il ne sera jamais crédible devant son public. C'est pourquoi il faut toujours travailler sa voix tout comme son texte et sa mise en scène. Dans ce cas, il y a deux aspects essentiels à retravailler :

- l'aspect technique et psychologique stabilisant la voix ;
- l'aspect émotionnel lié au texte et l'information véhiculée.

Il est question non seulement d'être capable d'attirer l'attention du public et d'être entendu, mais aussi d'être compris, c'est-à-dire de bien articuler ses mots.

Le comédien va donc contrôler sa voix de différentes façons :

- la hauteur de la voix qui lui permet de faire un choix sur les tonalités, graves – la voix de la séduction – médiums et aigus, à retenir pour passer son message ;
- le timbre de la voix qui est la qualité sonore à définir ;
- le volume à définir dépend effectivement de la puissance et de la capacité de souffle du patient, tout en tenant compte de la taille de la salle et de sa résonance ;
- les cordes vocales ;
- la mélodie ;
- l’intonation qui dépend fortement de la qualité du message et du contenu du discours ;
- la déclamation des mots qui est la manière personnelle de prononcer et d’articuler les mots ;
- la diction qui est le rythme à tenir dans les répliques : rapide, lent, pause ou autres ;
- le rire ou les cris qui sont à définir avec l’accord du metteur en scène pour éviter de sortir du contexte.

Dans l’aspect technique, les grands acteurs disent que la gestion du souffle permet d’être entendu. Certes, il y a de beaux textes et de beaux gestes très émouvants et riches d’expressions, mais qui ont peu de sens et d’impact lorsque le spectateur entend mal. Maîtriser la respiration diaphragmatique est aussi un moyen de se faire entendre.

Il y a le travail d’articulation qui ne sert pas uniquement à se faire entendre, mais aussi à se faire comprendre. Dans les grandes représentations, le public est parfois attristé lorsqu’il n’arrive pas à décortiquer les mots de l’acteur, car ce dernier mange ses mots. Le patient apprend donc la gymnastique de la langue tout comme celle de la mâchoire et des lèvres.

Exemples de textes d’articulations des mots :

- « *Un chasseur sachant chasser doit savoir chasser sans son chien.* »
- « *Les chaussettes de l’archiduchesse sont-elles sèches, archisèches* »¹²⁴⁶
- « *Si six saucisses sont six sous, six cents saucisses sont six cents sous.* »¹²⁴⁷
- « *Cinq capucins portaient sur leur sein le seing du Saint-Père.* »¹²⁴⁸
- « *Sage chasseur âgé aux yeux chassieux, sachez chasser sans chien chose aisée, ce chat chauve caché sous ces six chiches souches de sauge sèche.* »¹²⁴⁹

Dans l’exercice de la voix, le comédien peut aussi retravailler sur le relief vocal, c’est-à-dire chercher à savoir comment transmettre une émotion à travers sa voix. Cette méthode est appelée une voix expressive. Il est demandé au comédien jouant sur scène de présenter un certain niveau de relief. Il doit apporter à ses paroles une variation de hauteur, un rythme, une pause et un silence qui vont donner du vivant et de l’expression aux mots prononcés. Le patient doit absolument éviter de parler sur un ton monocorde, car cela fera dormir le spectateur.

Il est possible qu’un patient souffrant de schizophrénie ou de troubles psychologiques récite un texte de façon pathétique sans pourtant dénaturer ou modifier le texte initial. Comme il a été prouvé par Didier Plassard dans un article : « *C’est cependant autour des questions liées à l’interprétation des textes du répertoire, plutôt que de celles de leur réécriture ou de*

¹²⁴⁶ www.articuler.com, consulté le 22 janvier 2019.

¹²⁴⁷ *Ibid.*

¹²⁴⁸ *Ibid.*

¹²⁴⁹ *Ibid.*

*leur actualisation, que la mise en scène moderne suscite les débats les plus vifs. L'obligation dans laquelle se trouve le metteur en scène, pour asseoir sa réputation d'artiste, d'affirmer l'originalité des productions qu'il dirige, le conduit en effet presque mécaniquement à s'écarter des horizons d'attente créés par les traditions de lecture des textes, multipliant les axes interprétatifs jusqu'au risque assumé du contresens. Dès 1929, Gaston Baty, portant à la scène *Le Malade imaginaire*, entreprend de "déplacer le projecteur" en faisant d'Argan un véritable malade, incompris de sa famille, et souffrant de ce qu'on le prend pour un simulateur. Jouant à la fois le texte de Molière et le souvenir de la mort de ce dernier à l'issue d'une des représentations, il fait de la comédie un cauchemar expressionniste, et de ses ballets les visions nées de la fièvre du protagoniste. Les arguments par lesquels il justifie son choix pourraient être repris par bien des metteurs en scène du XX^e siècle. »¹²⁵⁰.*

Sur l'aspect émotionnel, la voix peut parfois être incontrôlable car elle est indépendante de la volonté. La mise en pratique du relief touche aux émotions et aux sentiments et prend en otage les racines du corps. C'est ainsi qu'apparaît le lien entre le corps et la voix. Plusieurs patients pensaient avant de participer à ce genre d'exercices que le travail de la voix se limitait principalement à la gorge, au visage et/ou au cou, mais après les exercices, ils ont fini par réaliser que le corps tout entier participe à la production de la voix – du son. Il est demandé au patient d'être physiquement en accord avec son texte et d'adopter une gestuelle définissant son état émotionnel interne.

b) Travail du corps

Jusqu'à aujourd'hui, les gestes du corps humain constituent l'élément complémentaire du message véhiculé par la voix et ils sont les moyens de manifestation des émotions et des expressions les plus importants du joueur – de l'acteur sur scène. Un bon acteur qui maîtrise bien son corps est celui qui arrive à répéter les gestes qui sont induits par les effets de son texte et qui ne sont pas naturels. Ce sont des gestes qui naissent des circonstances de la pièce. C'est justement par cela que le jeu de l'improvisation prend une place prépondérante dans le psychodrame.

Par exemple : le comédien, en voulant dire « *Ça suffit* », a en plus levé la main droite et tourné la tête vers le côté gauche. Ces gestes donnent plus de crédibilité à ses paroles, en complétant son refus d'entendre par les gestes du corps.

Par la maîtrise de la gestion du corps, le comédien peut aussi donner une vie à son rôle ou plutôt à son personnage, en utilisant deux méthodes possibles :

- la première phase appelée imitation, elle est fondée sur des observations ;
- la deuxième phase appelée imagination, elle aide l'acteur à attribuer des mouvements et des gestes au personnage joué. Il perfectionne ses mouvements et ses déplacements en occupant l'espace scénique. Chaque pas doit être contrôlé et lié aux gestes du corps de l'acteur. Il doit comprendre que le temps de la pièce à jouer contrôle non seulement les répliques de chaque acteur, mais aussi ses déplacements, ses mouvements et ses gestes. Il y a aussi la manière de le faire dans le temps : lents, moyen, rapides, saccadés ainsi que la

¹²⁵⁰ Didier PLASSARD, « *L'auteur et le metteur en scène : aperçus d'un combat* », publié sur le site SFLGC (Société française de littérature générale et comparée), consulté le 1^{er} janvier 2019. <http://www.vox-poetica.org/sflgc/biblio/plassard.html>

manière d'occuper l'espace scénique. Ici, le comédien doit gérer son espace de travail en effectuant des mouvements en fonction du texte et du décor de la pièce.

Il n'y a des jeux de rôles sans réel comédien, car ce dernier incarne un personnage, (qui du latin *persona* qui signifie *masque*) le comédien met de côté sa propre vie et incarne la vie d'une autre personne imaginaire et donc ses gestes doivent absolument évoluer selon le sujet de la fiction. Il travaille sur son personnage en lui associant des émotions généralement inspirées de son histoire, de son vécu ou bien même d'une situation imaginaire inspirée par la pièce.

Lors des différentes analyses de cette recherche, il est apparu que dans le jeu de rôles à base d'improvisations, la présence du « *je* » mérite une observation particulière, car un même personnage peut être joué par deux acteurs de façon différente. Il y a certainement un peu de sa personnalité si ce n'est pas totalement lui. Il joue et se sert de ce qu'il est. Chacun joue selon ses émotions, ses douleurs, ses sentiments liés au personnage et au texte et par conséquent, il produit des effets du corps non identiques à l'autre : des gestes, des déplacements ou des mouvements totalement différents chez l'un et chez l'autre. Toutefois, il y a une partie identique susceptible de se retrouver chez les deux comédiens. C'est celle qui est imposée par le metteur en scène ou par le texte lorsqu'il s'agit d'un texte interprété. Dans les gestes du corps de l'acteur, il y a deux temps à retenir : d'une part, il y a la partie conduite par le jeu de l'improvisation du comédien et, d'autre part, la mise en scène orientée et dirigée par le metteur en scène. La particularité de cette première partie est que le comédien ou le patient qui incarne le personnage doit se laisser aller, faire plus de performances, s'exprimer librement, véhiculer des émotions, mais aussi être authentique.

L'avantage de travailler son corps avant de faire une représentation est que le comédien doit faire preuve d'imagination et produire quelque chose pour le personnage qu'il incarne, même si l'histoire mise en problématique n'a rien avoir avec son vécu. En revanche, dans son imagination, la réalité doit toujours avoir une place et elle est même le support de son œuvre finale.

Maintenant, la question se pose lorsque le malade n'a rien ressenti lorsqu'il a joué son personnage. Que doit-il donc faire ? C'est justement dans ce sens-là qu'il doit encore travailler et retravailler en impliquant son corps dans le jeu, mais aussi son mental. Laisser ces deux corps travailler et faire de la recherche sur soi. La plupart des patients confondent imagination et invention. Il ne leur est pas demandé d'inventer, mais d'imaginer. Il est toutefois difficile de décrire ou de retranscrire littéralement le ressenti du patient lors de l'atelier. Pour aider le patient à faire ressortir ses émotions dans le personnage en question, il y a deux possibilités

Soit le patient opte pour une phase d'imitation, en observant et en reproduisant les mêmes comportements, mais dans ce cas, le patient ne ressent pas d'affect et il n'y a pas d'authenticité dans son jeu. C'est un acteur copieur.

Soit il opte pour un engagement impliquant son corps et sa psyché dans l'exercice. Il s'investit étroitement dans son rôle en faisant ressortir son vécu personnel.

Il est demandé à chaque comédien de faire preuve de partage avec ses pairs, de communication au sein du groupe que ce soit verbalement ou gestuellement. Il est très difficile pour les premiers patients qui n'ont jamais travaillé sur le jeu psychodramatique de

pouvoir communiquer facilement avec leur corps, d'en prendre conscience et d'en faire usage pour incarner leur personnage. Mettre le corps dans la pratique théâtrale n'est pas un jeu facile. Lorsque le patient est débutant, il a tendance à tomber dans le piège du personnage qui en fait trop s'il est bien motivé, ou qui n'en fait pas assez lorsqu'il a peur de s'investir. C'est ce que les professionnels du jeu appellent tomber dans la caricature de l'art.

Patricia Attigui ajoute un autre élément permettant au patient de retravailler son corps et de pouvoir exprimer des sentiments attachés à son rôle. Il s'agit de la disponibilité. Il doit avoir accordé du temps au jeu pour améliorer son corps. « *L'acteur, pour servir le sentiment dramatique, se doit d'être disponible. Cela s'exerce à plusieurs niveaux. En offrant son corps et son âme, il fait l'expérience de la vacuité. Ainsi, il apprend d'une certaine façon à se déposséder de lui-même et c'est dans ce parcours vertigineux qu'il peut enfin entendre le sens aigu des propos que son personnage lui fait tenir.* »¹²⁵¹

Pour en finir sur le travail du corps, le patient est appelé à développer plusieurs dimensions dans le cadre de la communication verbale et non verbale : des voix, des gestes, des mouvements, des attitudes et des émotions personnelles. Il doit chercher aussi des limites à sa gestion du corps, mais il doit s'identifier dans l'espace du jeu, manifester une volonté de créer et de prise d'initiatives.

B] LE THÉÂTRE À L'HÔPITAL DEMANDE-T-IL UN DÉCOR SPÉCIFIQUE ?

Pour que l'œuvre créée soit accomplie dans de bonnes conditions lors de la représentation, elle doit se détacher non seulement par des signes visibles, mais elle doit aussi respecter le lieu de la réalisation – la représentation –, par la présence d'un décor. Celui-ci prend en compte l'époque de l'histoire, la classe sociale du ou des personnages et le public ciblé.

Effectivement, la présence d'un décor spécifique est nécessaire. Néanmoins, ce dernier dépendra du texte en question, comme dans toutes les représentations.

Dans la mise en scène de chaque pièce de théâtre, sauf cas exceptionnel, le décor représente une valeur ajoutée pour la réussite de la mise en scène. Le metteur en scène doit respecter les didascalies puisqu'elles représentent un facteur indicatif, mais le dirigeant de l'atelier peut réajuster quelques éléments lors de la représentation concrète.

Depuis toujours, le décor est une forme de style représentatif et non négligeable dans les grands événements de l'art dramatique. Les grands hommes du métier choisissent un décor qui corresponde à leur travail et qui séduise leur public. Un théâtre sans décor est comme un arbre sans branche.

Aujourd'hui, dans chaque pièce jouée ou mise en scène dans les établissements de soins, la chaise est incontournable quel que soit son type, elle retient l'attention du metteur en scène. Parfois, elle est complétée par une table. Au-delà de ceux-ci, d'autres outils peuvent s'ajouter à l'œuvre lors de la mise en scène, tels que les costumes, la lumière et le décor. Une même pièce peut être représentée plusieurs fois avec des décors différents selon le choix du metteur en scène et les messages transmis par l'œuvre. Quelquefois, il y a un journal posé sur

¹²⁵¹ Patricia ATTIGUI, « *Quand le jeu théâtral ouvre l'espace thérapeutique* », Revue *Art et Thérapie, L'Art questionne la psychanalyse*, n° 64-65, août 1998, pp. 74-87.

la table. Si la pièce ne possède que ces trois éléments comme décor, la pièce est considérée comme simple.

Pourquoi un décor est-il nécessaire dans une représentation ? Le spectacle du théâtre psychodramatique, sociodramatique et thérapeutique est considéré à la fois comme une représentation, mais aussi comme une récréation. Ces deux considérations permettent de découvrir l'œuvre première ou originale.

Nonobstant, il y a certainement des convergences ou des réajustements par rapport à la pièce telle qu'elle a été écrite. Il aura toujours des modifications entre de la première interprétation de la pièce et la seconde représentation. À chaque étape, le décor peut être révisé et réorienté d'une autre façon.

1) Les éléments indispensables

Le décor connaît d'autres éléments nécessaires. Il y a par exemple les ajouts à apporter dans le décor. Le respect du texte et du contexte de la création originale ne constitue pas un obstacle empêchant le metteur en scène de prévoir une façon différente de représenter le spectacle.

Dans chaque expérimentation, le public prend toujours plaisir à critiquer la taille des acteurs par exemple : « *Oui, j'ai bien aimé même si l'autre comédien était trop grand que les autres* ». « *C'était extraordinaire, une représentation accompagnée d'un décor fracassant, mais le petit était invisible par les autres.* »

Le public oubliait qu'ici il n'était pas vraiment question de jouer pour séduire un public, mais plutôt pour laisser exprimer les émotions cachées et aider les patients à se reconstruire. La taille de l'acteur peut aussi faire ressortir la spécificité de la représentation.

Il y a un détail que chaque metteur en scène ne peut jamais oublier : la couleur du décor. Par exemple : le rouge éclatant est très apprécié du public et surtout la vitesse de l'action n'est pas la même que si la couleur choisie est le gris ou le beige ou toute autre couleur neutre. C'est justement en cette matière que les metteurs en scène ont une marge de manœuvre pour apporter leur vision personnelle du texte intégral.

Le décor est un sujet très sensible à chaque représentation, surtout à l'hôpital, car les participants sont parfois exigeants. C'est normal parce qu'ils ignorent le métier de metteur en scène. Chacun veut à tout prix garder un outil sur lui ou s'habiller de telle ou telle façon non validée par le metteur en scène. Ce dernier, bien que contrarié, cherche toujours des solutions pour ne pas offenser son patient. Toutefois, il est encore libre d'épanouir sur sa réalisation tout en ne respectant pas soit le texte initial soit les représentations précédentes. Il peut transposer le sujet dans une époque différente tout en gardant bien le texte original. Dans ce cas, il essaie de moderniser et de chercher un sens nouveau et il peut même décider de faire jouer un rôle de femme par un homme ou inversement.

a) Le fond de la scène théâtrale

Chaque metteur en scène étudie très attentivement le fond de la scène lors de la représentation. Il cherche à avoir un paysage qui donnera une illusion parfaite du contexte du sujet. Parfois, le fond choisi est noir ou rouge, mais rarement blanc. Il est également possible

de choisir un décor associé à plusieurs choses pour faire ressortir une image particulière. La décoration du mur permet au public de se projeter dans l'ambiance et de pouvoir délimiter la zone de la représentation.

Cette délimitation par le décor peut être faite soit en tissu ou en bois, soit par un mur de béton, en carton et/ou d'une autre matière et ornée par des lumières de toutes sortes de couleurs.

b) Une présentation du lieu de la représentation

Il est indispensable de faire une présentation du lieu de la représentation, car durant la période des répétitions, les patients n'ont jamais fréquenté la scène où aura lieu l'œuvre finale. Ils passaient leur répétition en dehors de la scène, et ce n'est qu'aux trois ou quatre dernières répétitions qu'ils auront l'occasion de monter sur la scène pour la première fois.

Le fait de venir voir le lieu de la représentation finale permet à tous les patients, aux participants et au personnel médical qui vont jouer de se familiariser avec la scène, de connaître et de repérer les emplacements, d'identifier les entrées et les sorties et également de comprendre comment travailler avec le régisseur son et lumière.

C'est également dans ces dernières répétitions que les acteurs vont apprendre les derniers éléments de mise en scène ; ce sont pour eux les premières répétitions avec le décor installé, avec les costumes et les maquillages.

Lors de la visite du lieu, le metteur en scène va essayer de canaliser son travail en sélectionnant les acteurs qui vont jouer, les doublures et rythmer son travail en chronométrant les interventions de chaque comédien. La présentation du lieu de la réalisation est considérée comme des mini-spectacles dans lesquels les comédiens qui ne jouent pas ou qui ne font pas partie de la scène jouée forment le premier public.

Cette phase est également importante parce que les acteurs se mettent à l'épreuve pour éradiquer leur stress avant le vrai spectacle.

2) La présentation de la scène du spectacle

Ce qui a marqué cette enquête, lors de la présentation de la salle du spectacle, c'est le moment de l'apprentissage du déplacement et de l'occupation de l'espace scénique. Comment repérer son côté gauche et le droit ? À ce moment-là, les patients prenaient connaissance de l'origine de l'expression « côté cour » et « côté jardin » de la scène dans l'histoire du théâtre. Pourquoi dans les grands théâtres, y a-t-il le « côté cour » et le « côté jardin » ? Quel est le sens propre à ces deux termes ?

Les maîtres du jeu théâtral vont inventer un moyen mnémotechnique pour aider les acteurs à pouvoir se repérer sur l'espace scénique.

Une fois sur scène, il n'y a plus de droite ni de gauche pour se déplacer ou s'orienter dans l'espace de la représentation, il y a uniquement un « côté cour » et un « côté jardin ».

a) La mnémotechnique

Les hommes de théâtre utilisent la mnémotechnique comme l'art d'aider la mémoire des acteurs à maîtriser la scène par des méthodes spéciales. Pendant les répétitions, le maître du jeu est souvent à la place du spectateur et pour diriger un comédien, il est donc appelé à s'interroger sur la gauche ou la droite de l'acteur puisqu'il est en face de lui. Parfois, il ne sait pas s'il faut dire à la gauche du comédien ou à sa gauche à lui. C'est encore le cas lorsqu'il est confus de dire à gauche du comédien ou à droite du metteur en scène – c'est-à-dire à sa droite.

Ces deux termes ont une histoire particulière, car avant la Révolution française, à partir de 1770, la Comédie-Française était à l'époque installée dans la salle des Machines du Palais des Tuileries. Cette salle donnait effectivement d'un côté, une belle vue, sur la cour du Louvre et, de l'autre, sur le jardin du Palais des Tuileries. Le côté cour était appelé autrement, côté du Roi, et le côté jardin était le côté de la Reine. C'est donc ainsi qu'est née l'histoire des expressions « côté cour » et « côté jardin ». Toutefois, ces désignations ont été abandonnées petit à petit au profit des nouveaux termes, suite à la Révolution française. Les moyens mnémotechniques connus aujourd'hui par la majorité des acteurs pour désigner le côté où se situent le jardin et la cour consistent à se référer aux initiales de Jésus-Christ – le Roi – ou plutôt à celles de Jules César – le Romain. Les initiales de ces deux noms sont « *J* » et « *C* », comme jardin et cour, en regardant la scène depuis le public. En revanche, pour les comédiens c'est absolument l'inverse en regardant le spectateur. Leur formule est que le côté cour est le côté cœur en prenant comme formule le « *C* » du cœur, c'est-à-dire, en regardant le public le cœur est à gauche et le côté jardin se situe à droite en prenant le « *D* » de jarDin comme repère puisque cour n'en comporte pas. Pour rajouter d'autres signes, les machinistes qui étaient du côté du jardin sont appelés les jardiniers et ceux du côté de la cour étaient les « *couriers* ».

Cette partie du cours de maîtrise de la scène de la représentation du spectacle présente un grand intérêt pour les hommes du théâtre, mais aussi pour les patients qui ont appris l'histoire de ces deux termes, ce qui les aide à se situer lorsqu'ils sont dans l'œuvre. Les patients qui sortent de leurs soins thérapeutiques et qui adoptent l'art théâtral comme moyen de réinsertion professionnelle, ont au moins déjà compris ces termes et ils peuvent les utiliser en cas de besoin. Ils peuvent mettre en pratique cette formation en dehors de la représentation du spectacle au sein de l'hôpital.

b) Les dimensions de la scène

Cette partie n'est pas obligatoire, mais parfois il y a des patients qui sont intéressés et qui cherchent à connaître les dimensions de la scène sur laquelle ils vont jouer. Cela a encore permis d'élargir un peu la recherche d'une scène à l'autre. Tout d'abord, les dimensions ne sont pas toujours les mêmes. Elles varient selon la taille de la salle de spectacle. Les dimensions évoquées ici ne concernent que les représentations effectuées en dehors de l'hôpital, c'est-à-dire qui s'effectuent dans les grandes salles de théâtre.

Un exemple de dimensions données comme source d'information :

- « - Plateau : Ouverture : 9 m ;
- profondeur : 8,35 m ;

- hauteur du grill : 5,50 m ;
- trois rideaux de fond de scène en velours noir (H : 5,50 m) ignifugé M1 ;
- quatre pendrillons noirs à l'italienne (L : 3 m, H : 5,50 m) ignifugé M1 ;
- une frise noire ignifugée M1. »¹²⁵²

Au-delà de ces dimensions, il est encore possible de leur parler de la régie lumière. Surtout de leur dire comment sont gérées plusieurs lumières à la fois, principalement les poursuites ou les projecteurs de poursuites, pourquoi il faut utiliser des lumières colorées et comment mélanger le son et la lumière. Parfois, dans de rares cas, ils peuvent bénéficier d'informations concernant la régie son et le matériel audiovisuel.

PARAGRAPHE 2 - LA RÉPÉTITION

Ce paragraphe 2 intitulé « *La répétition* » suit le paragraphe 1 intitulé « *La démarche de la réalisation* » et non pas l'inverse parce que le « *Programme Culture à l'Hôpital* » ne précise pas expressément que chaque atelier culturel doit absolument faire l'objet d'une représentation de spectacle à la fin des séances. Ce qui veut dire que la partie répétition est plus importante que la représentation elle-même. Tout simplement parce que c'est dans les répétitions que les actions culturelles continuent en permanence à servir les différents départements de psychiatrie, mais également de pédiatrie. Le temps de la répétition concerne tout monde et n'épargne aucun service, ni partenaire, ni compagnie. C'est ici que tout le monde apparaît avec sa propre valeur et sa contribution.

Dans la répétition, les différents ateliers sont assurés par des professionnels de l'art théâtral en présence des médecins assistants, des infirmiers et des thérapeutes dans le but d'améliorer les soins du patient.

C'est ainsi que le malade volontaire pour participer à l'exercice, que ce soit en hospitalisation ou en dehors de l'hôpital, bénéficie des répétitions des créations, des récréations, des productions et des apprentissages. Dans ces différents chantiers, les patients découvrent peu à peu l'envers du décor, la manière de travailler sur les émotions, les sentiments, les douleurs, le stress, les angoisses et l'anxiété. Ils en profitent pour partager avec les spécialistes, que ce soit de l'art ou de la médecine. Ils font encore des retours sur ce qu'ils ont ressenti et également sur ce qu'ils ont vu.

La représentation publique apporte une valeur finale même si elle n'est obligatoire ni pour le comédien qui gère les ateliers ni pour l'établissement qui dirige les soins. La répétition constitue les préliminaires de la représentation officielle.

A] LES PRÉLIMINAIRES DE LA REPRÉSENTATION

Avant de passer à la représentation théâtrale elle-même, il faut procéder à des préliminaires tels que la répartition des groupes du travail et la sélection des participants. Il y a deux sortes de groupes d'intervention possibles pour la représentation de l'action dramatique à l'hôpital. Il s'agit de la composition d'intragroupe et celle d'extragroupe.

¹²⁵² Fiche technique du Théâtre de l'Université Paris 8 – Salle Amphi 4, 2 rue de la liberté, 93210 Saint Denis – Université.

Ces deux termes sont composés par des personnes de l'hôpital, celles qui ont déjà quitté l'établissement de soins, mais aussi par des personnes venant de divers services psychiatriques ou par des proches, des familles ou des participants et par la population de proximité. Comme ça a été le cas dans la composition de la troupe du Guéret à l'hôpital du jour, de la Plateforme DELTA 7 à l'Hôpital Paul-Brousse à Villejuif, et dans d'autres différentes institutions psychiatriques.

Ces deux formes de groupe ont l'avantage de permettre à des professionnels des centres de services psychiatriques de participer ouvertement aux ateliers de répétitions, mais aussi aux représentations. Cette ouverture incite ces professionnels à faire venir leurs patients soit pour assister soit pour participer à l'œuvre culturelle et dramatique. Le Théâtre du Guéret a ainsi fait preuve de volonté en accueillant des patients d'autres établissements de soins afin de les initier au savoir du théâtre dramatique afin de stimuler leurs émotions et leur sentiment ainsi que leur douleur. Toutefois, il faut préciser que le patient participe toujours à l'activité avec son consentement et est assisté par son propre chef de soins médicaux ou de soins artistiques.

Quant à la répartition des groupes, des patients demandent parfois à rester entre eux, c'est-à-dire qu'ils ne veulent pas de mélange avec d'autres personnes. Ils veulent rester entre eux puisqu'ils se connaissent déjà et qu'ils ont un style de travail à eux qu'ils ne souhaitent pas changer ou mélanger. Certes, ces cas sont difficiles à gérer, car il n'y aura pas de possibilité de les séparer s'ils insistent toujours. Là, le jeu de rôles perd ses valeurs d'improvisation puisque le groupe préformé ne bénéficiera plus d'échanges entre acteurs. Ces groupes sont considérés dans la pratique comme des groupes sensibles. Il est difficile, quasiment interdit, d'imposer une modification ou un changement aux membres du groupe. Le respect de leur choix s'impose traditionnellement, comme dans tout acte médical.

Comment sont composés ces deux groupes dans l'ensemble du déroulement des répétitions ? Qui a le droit de composer ou de former ces groupes de travail ?

1) La composition d'intragroupes au sein de l'établissement de santé

Le plus important ici est de retenir que peu importe l'acteur qui va jouer, il ne sera pas observé comme une personne malade ou un praticien médical, c'est-à-dire qu'il n'y aura pas de soignant ou de soigné sur la scène lors des répétitions. Ils vont tous jouer sans chercher qui est qui, puisque ce n'est absolument pas ça le but de l'exercice. Ils sont tous des comédiens même s'il y a des particularités de regard sur certains acteurs. Ils sont tous sous la direction et la responsabilité du metteur en scène et non du thérapeute. Ce dernier reste dans le rôle d'un accompagnateur durant l'exercice.

Ainsi dans les répétitions de la troupe de l'hôpital de jour de Guéret (Corrèze) qui se déroulent deux fois par semaine, le nombre de participants augmente de jour en jour notamment quelques jours avant la première représentation, ainsi qu'après chaque représentation. Dans cet hôpital, les ateliers sont animés par des comédiens artistes et non par des thérapeutes. Ces comédiens ne se focalisent pas sur le fait que ces acteurs souffrent de telle ou telle pathologie psychique. En effet, les ateliers menés ici n'ont pas cherché à faire usage du psychodrame ou de toute forme similaire de théâtre dramatique dans le but de

stimuler ou de provoquer la catharsis. Le metteur en scène n'appliquait ici que ce qu'il connaissait comme dans le grand théâtre.

La composition des groupes de travail sous forme d'intragroupes est la forme traditionnelle des ateliers d'arts et d'activités culturelles dans les établissements de santé. C'est justement à partir de la Convention de 1999 intitulée « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹²⁵³ que l'établissement de santé a commencé à contribuer à son tour par ses apports à la culture en donnant une possibilité de travailler en groupe mixte sous forme d'extragroupe.

Avant ce programme, les établissements de santé avaient déjà des activités culturelles qui étaient menées en amont, dans le cadre thérapeutique, sous plusieurs formes, telles que la peinture, la musique, la danse, la lecture et le théâtre et par la suite il y a eu l'invasion organisée par cette convention.

En intragroupes, ces ateliers thérapeutiques sont organisés et menés par des infirmiers diplômés en art-thérapie et ils s'adressent directement à l'ensemble des malades ayant une prescription médicale les sollicitant pour suivre une action culturelle à but thérapeutique. En principe, tous les malades sont appelés à participer à l'atelier de leur choix en fonction de leur pathologie en lien direct avec la demande du praticien médical – le médecin traitant – et cela fait partie intégrante du processus de soins envisagés. Avant l'arrivée de cette convention, les patients qui n'avaient pas reçu une prescription médicale ne pouvaient pas être admis aux ateliers. Lorsque le patient avait terminé son hospitalisation, il ne pouvait plus accéder aux démarches culturelles de l'hôpital, car il n'avait plus l'autorisation de poursuivre les séances d'art. Il ne faisait plus partie des patients de l'établissement.

En intragroupe, avant même ce projet de 1999, il y avait le patient hospitalisé ayant reçu une prescription médicale, le médecin traitant et son équipe de soins. Il n'y avait pas de possibilité d'intégrer le public, les proches, les parents et les enfants des patients. Dans ces activités culturelles, aucun artiste n'intervenait, sauf sur autorisation exceptionnelle du praticien médical. Elles étaient orientées par le soignant. Aucun membre de l'équipe médicale n'avait le droit ou n'était autorisé à participer ou à assister à l'exercice artistique. Seuls les ergothérapeutes et les étudiants stagiaires avaient l'autorisation d'être présents. Chaque patient savait qu'il était donc soumis au regard et au jugement du professionnel médical. Ce dernier avait la même fonction que celle qu'il occupait dans son service initial de travail. Le patient gardait lui aussi sa place de malade qui attendait des soins et que l'infirmier thérapeute était là en qualité de soignant chargé d'assurer, de donner ou de garantir une prise en charge à ses patients. Il était certainement difficile au patient d'oublier sa situation de malade pendant les ateliers, car la présence du professionnel médical – médecin et infirmier vêtu de sa blouse blanche – lui rappelait en permanence son état de santé et le cadre de soins. Le rapport soignant/soigné existait encore dans les ateliers. Depuis la mise en place du programme, le cadre est un peu plus souple qu'avant puisqu'il intègre ou mobilise dans l'intragroupe toutes les institutions et/ou les structures qui sont à l'intérieur de l'hôpital et dans l'extragroupe les structures qui ne sont pas à l'intérieur de l'établissement de soins, comme les hôpitaux de jour.

¹²⁵³ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

a) Les professionnels de santé et les ergothérapeutes

L'intragroupe, qui est la forme traditionnelle de la composition des groupes de travail, se caractérisait auparavant par la présence du personnel médical autorisé à prendre part et celle des ergothérapeutes de l'établissement de soins et chacun d'eux jouait son rôle professionnel, comme dans les soins médicaux. L'ergothérapeute dominait le travail et le dirigeait à sa manière, sans la présence d'un artiste spécialisé. Pourquoi le système ancien ne permettait-il pas aux artistes de participer à la démarche culturelle de soins du patient ? Les ergothérapeutes avaient-ils peur de perdre leur place face aux artistes spécialisés ? Se sentaient-ils menacés par le savoir-faire des artistes et des comédiens spécialisés ou était-ce juste une question d'ignorance ? En tout cas, cette pratique ne présentait pas dans ce sens une différence entre les soins médicaux et les exercices artistiques des ergothérapeutes. Toutefois, ils prenaient part à l'exercice, tantôt en qualité de comédiens tantôt en tant que professionnels de soins médicaux et d'autres en tant qu'ergothérapeutes. Cette façon de pratiquer la culture d'une manière générale et, en particulier, le théâtre dramatique, dans le processus de soins du patient, n'était certainement pas la bonne, car elle ne donnait pas au patient la possibilité de s'éloigner de sa maladie, d'oublier ses douleurs et d'éviter ou d'éradiquer ses souffrances permanentes. C'est pourquoi la convention donne la possibilité de travailler en extragroupe dans l'ensemble des actions culturelles menées dans les établissements de soins.

Certes, il est nécessaire que l'exercice soit encadré et que le patient se sente accompagné puisque, dans ses premiers pas artistiques, il ne pourra réellement engager tout seul son corps et mettre à profit ses angoisses, ses émotions, ses douleurs, ses sentiments et ses stress qu'après un long travail de recherche sur son corps. Le rôle que joue l'ergothérapeute ici est de prévenir le patient des étapes qui l'attendent et qui sont un peu difficiles ou très risquées à engager quand il incarnera un personnage sur scène. Il prévoit surtout des limites à ne pas franchir dans le jeu de rôles de l'acteur. Si par exemple l'ergothérapeute constate qu'en mettant en scène l'histoire du comédien et celle du personnage qu'il doit incarner, cela risque d'aggraver l'état de santé du patient, de faire revenir des émotions non oubliées, non cicatrisées, l'ergothérapeute responsable du déroulement de la séance peut décider de stopper la mise en scène du jeu et de passer à une autre histoire. Il doit absolument éviter de mettre en lumière le théâtre au détriment de la santé du patient, c'est à dire qu'il ne doit pas mettre en danger le patient, car cela fait perdre la dimension ludique du jeu dramatique et cela devient une souffrance pour l'acteur. S'il force la mise en place du jeu de rôles, cela va à l'encontre des objectifs envisagés par la thérapie artistique. Ce genre d'actes aura pour conséquences, d'une part, le refus manifeste des patients de venir participer à l'action dramatique et, d'autre part, le risque d'empirer les angoisses des malades et des participants.

Ici, l'ergothérapeute doit informer le professionnel médical de chaque étape marquant l'évolution du patient et interpréter sa manière d'agir ou la présence d'un geste de recul lors d'une scène engagée. C'est pourquoi la plupart des ergothérapeutes essaient d'engager une phase d'échange avec le malade à la fin de l'exercice et avant qu'il rentre chez lui, dans le but d'améliorer son implication dans le jeu. Toutefois, une fois que l'ergothérapeute joue dans la pièce, son rôle d'ergothérapeute diminue de plus en plus et le personnage qu'il incarne exprime ses agissements et ses interventions en tant que comédien. Dans l'action théâtrale, il

peut parfois jouer la place du médecin et engager un dialogue avec le patient pour savoir comment il vit son passage au théâtre psychodramatique. L'objectif est de savoir si le théâtre reste toujours un moment de plaisir et de jouissance pour le patient. Ensuite, plus le patient se maîtrisera dans les répétitions, plus il sera prêt pour la ou les représentations surtout d'un point de vue technique.

b) Le rôle ou la qualité du patient dans l'intragroupe

Ici, le patient a une double casquette même s'il ignore lui-même la problématique du double rôle qu'il joue dans chaque exercice. Parfois il est comédien et parfois il est patient dans la même scène ou pièce. D'une part, sa qualité de comédien apparaît lorsqu'il joue un personnage dans l'action dramatique et, d'autre part, il est patient puisqu'il est observé par l'art-thérapeute dans l'ensemble de l'exercice. C'est dans ce sens que l'ergothérapeute est coordonnateur de projet Culture-Santé à l'EPSM (Établissement Public de Santé Mentale) à Lille Métropole. Astrid Lieven affirmait la présence de la double problématique dans un exemple pratique que la troupe du Guéret expérimentait avec des patients souffrants de troubles alcooliques. Selon son travail de recherche, « *la troupe du Guéret a travaillé avec des personnes alcooliques qui n'ont pas été régulières et ont donc failli faire échouer un travail, mais surtout le travail des autres. En conséquence, M. Volral a compris que l'atelier d'improvisation est plus approprié aux patients souffrant d'alcoolisme. Ainsi, M. Volral ne voit pas la personne sous l'angle de sa pathologie, mais bien sous l'angle d'une personne humaine. De son expérience, il tire les indications.*

Remarque : c'est peut-être aussi dans de telles situations que l'ergothérapeute a sa place, car il n'aurait pas mis un patient en souffrance, en situation d'échec. Peut-être est-ce là aussi la nécessité d'une collaboration entre artiste et ergothérapeute ? »¹²⁵⁴ Dans cette collaboration, l'ergothérapeute se pose aussi une question qui paraît évidente dans la pratique artistique : n'y a-t-il pas un danger à mettre en exercice tel ou tel vécu du patient pour stimuler des émotions qui peuvent être parfois reçues de façon douloureuse chez le patient surtout lorsque c'est une personne fragilisée ? Cette question souligne justement la nécessité de faire participer un artiste spécialisé à la pratique de l'art dramatique dans l'ensemble du jeu de rôles et de l'improvisation à l'hôpital.

2) La composition d'extragroupe de l'établissement de santé

Contrairement à l'intragroupe qui constitue un modèle traditionnel, la composition d'extragroupe est une forme moderne répondant aux objectifs de la Convention de 1999 qui veut donner à la culture une définition élargie lui permettant de s'exercer et de se développer au sein de l'hôpital avec l'accompagnement de partenaires tels que : associations, groupements, groupes, troupes, compagnies, théâtres ou particuliers, familles, proches et publics ou d'autres partenaires.

Leur présence dans cette démarche marque les empreintes d'extragroupe, c'est-à-dire de former différents groupes de travail impliquant des personnes non hospitalisées et/ou qui

¹²⁵⁴ Astrid LIEVEN, « Théâtre, psychiatrie, Ergothérapie », HEPHO (Haute Ecole Provinciale du Hainaut Occidentale Ecole d'ergothérapie), Année scolaire 2000-2001, p. 44.

ne font pas partie de l'équipe soignante. Toutefois, cette démarche existait de façon différente auparavant : les établissements de soins ou les hôpitaux de jour initiaient des ateliers culturels, mais les animateurs n'étaient pas du tout des artistes, ni des diplômés en art-thérapie, ni des éducateurs spécialisés, ils s'étaient tout simplement d'aide-soignants qui avaient ou présentaient des intérêts particuliers pour les activités culturelles et artistiques. Même si le côté artistique était très peu représenté dans ces ateliers, le rapport entretenu entre le soignant et le soigné restait toujours le premier angle d'observation cité dans l'intragroupe. Parallèlement à ces ateliers, certains hôpitaux de jour ont eu l'idée d'organiser des visites de musées ou de différents centres d'arts contemporains en faisant participer leurs patients. La participation à ces événements dépendait effectivement de la volonté expresse du patient et nécessitait la présence ou l'accompagnement d'un ou plusieurs soignants selon le nombre de patients. Un groupe de six patients nécessitait au minimum deux soignants.

En revanche, depuis l'arrivée de ladite convention a émergé le projet culturel à but thérapeutique destiné aux patients. La philosophie principale se fonde sur la volonté de permettre aux malades de garder une continuité de vie avec le monde extérieur d'une part, et, d'autre part, avec la culture et leur famille, quelle que soit leur hospitalisation. Le modèle extragroupe est encore expérimenté dans la thèse du Docteur Mylène Costes qui prend comme exemple « *un partenariat qui a été réalisé avec une association locale Stop Art. Créée en 1997, cette association de mécènes propose deux fois par mois des "divertissements" culturels et artistiques dans les hôpitaux tarnais avec des artistes issus du département et qui interviennent dans toutes les disciplines artistiques. Elle se présente comme une association dérivée de Rires Médecins, l'une des plus anciennes structures intervenant en milieu hospitalier. Ce partenariat a permis de développer sur un programme annuel toute une série de représentations assurées par des artistes locaux (essentiellement conteurs et musiciens), dans certaines unités de l'établissement. En plus de ce partenariat local, la Fondation Bon Sauveur d'Alby participe depuis de nombreuses années aux manifestations culturelles nationales (ponctuelles donc ne nécessitant par un budget trop important) telles que Le Printemps des Poètes, Lire en Fête ou la Fête de la musique. L'ensemble des manifestations culturelles organisées par l'établissement avant sa participation au programme national est caractérisée par une absence de lieu défini. Le côté ponctuel de l'action a certainement contribué à ce manque de réflexion et de désignation d'un espace consacré. Néanmoins, la Fondation dispose d'un auditorium qui a permis d'accueillir deux compagnies théâtrales en résidence.*

D'octobre 2003 à septembre 2004, c'est la compagnie tarnaise l'Astrolabe. Le travail en résidence a consacré le montage d'une création : Jour d'été. Quelques répétitions, à hauteur d'une fois par mois, ont été ouvertes au public de l'hôpital, patient comme personnel. Elles ont permis de donner suite à des échanges autour de l'œuvre et du théâtre entre les différents groupes, cinq rencontres de ce type ont été organisées. La création produite par la compagnie a fait l'objet de quatre représentations à destination du public de l'hôpital et du public extérieur. Parallèlement, un travail réflexif autour de la place de la culture à l'hôpital a été mené par les comédiens et l'institution. Il s'est concrétisé à travers l'organisation en décembre 2004 d'une projection-débat intitulée : "De la Culture dans un lieu de soins ? Lieu de soins, lieu citoyen". La qualité des retours suite à ce partenariat théâtral a incité la Fondation Bon Sauveur d'Alby à renouveler l'expérience quelques années plus tard. La

*deuxième compagnie accueillie en résidence par la Fondation l'a été de novembre à décembre 2006. À ce moment, l'établissement participait déjà au programme « Culture à l'hôpital », néanmoins ce projet a été mené hors convention. Un partenariat avec l'Athantor (Scène nationale d'Albi) a été passé. La compagnie *Flagrants Désirs* a réalisé les répétitions de sa pièce, *Mademoiselle Julie*, dans l'auditorium mis à disposition par l'hôpital. De prime abord, on pourrait penser que la convention « Culture à l'hôpital » a permis de multiplier les projets culturels et n'a pas porté préjudice à d'autres. Toutefois, ce constat apparaît simpliste et nous verrons qu'il est loin d'être avéré. Cette résidence d'artistes a été très réduite en comparaison à la première (de onze mois on passe à deux mois) ; cette réduction est en lien direct avec le manque de financement. »¹²⁵⁵*

Enfin, il y a plusieurs choix à faire entre les troupes intervenant dans le cadre ou dans la forme d'extragroupe puisqu'en principe, toutes les activités culturelles effectuées ou qui se déroulent actuellement dans les centres hospitaliers sont encadrées par la convention précitée. Les groupes qui participent actuellement à la démarche de soins des patients sur le territoire français sont très nombreux comme il a été dit tout au long de cette recherche. Au-delà des associations, des groupes et des compagnies, il y a aussi les participants et le public qui composent aujourd'hui les différentes parties indispensables à chaque atelier. Ces participants peuvent être des particuliers ou des proches des malades, comme ils peuvent aussi être des artistes bénévoles individuels souhaitant participer sans aucune condition. La création, en 1989, de la Fédération intersectorielle des ateliers de psychothérapie à médiation créatrice (FIAPMC) peut aussi être considérée comme un modèle de référence facilitant la mise en place de l'extragroupe. Elle rassemble dans ces activités plus de sept formes d'ateliers. Selon le Docteur Mylène Costes, les ateliers de cette institution sont les suivants : *Papiers de soi*, *Marie Laurencin*, *Emouvance*, *Théâtre de l'Autre Scène*, *Il était une voix*, *Lumière et Peau d'âme*.

L'extragroupe apparaît comme le modèle le plus efficace et c'est le plus utilisé dans les différents centres des soins.

Dans ce cadre du savoir-faire dramatique naissent d'autres interrogations, telles que la question du financement des troupes, des groupes ou des associations intervenant dans la démarche du projet culturel au sein de l'hôpital. Quels sont les modèles de financements accordés par les hôpitaux pour les activités culturelles et dramatiques à but de soins thérapeutiques ? Tous les participants à ces activités méritent-ils d'être indemnisés ? Quel est leur statut dans les ateliers théâtres au sein des établissements de soins ?

Cette série de questions peut trouver une réponse dans l'article L.7122-19 du Code du travail qui précise clairement que : « *Peuvent exercer occasionnellement l'activité d'entrepreneur de spectacles, sans être titulaires d'une licence, dans la limite d'un plafond annuel de représentations :*

1° toute personne qui n'a pas pour activité principale ou pour objet l'exploitation de lieux de spectacles, la production ou la diffusion de spectacles ;

2° les groupements d'artistes amateurs bénévoles faisant occasionnellement appel à un ou plusieurs artistes du spectacle percevant une rémunération. »¹²⁵⁶

¹²⁵⁵ Mylène COSTES, « *Atelier culturel et hôpital psychiatrique : enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme "Culture à l'hôpital"* », Sociologie. Université d'Avignon, en France, 2010, p. 80, s.

¹²⁵⁶ Légifrance, Code du travail français, version en vigueur au 25 mars 2019, consulté le 25 mars 2019.

Il est encore possible de trouver de façon très développée des arguments explicites dans le décret¹²⁵⁷ du 19 décembre 1953 portant organisation des spectacles amateur et leurs rapports avec les entreprises de spectacles professionnelles, mais aussi dans le rapport du Sénat sous les questions écrites n°21812 de Madame Françoise Féret (Marne – UC-UDF) publiée dans le *Journal Officiel du Sénat* du 23 février 2006, page 462.

Pour éviter de sortir de l'axe central de cette recherche, ces trois dernières références ne seront pas très développées puisqu'elles concernent directement le domaine financier ou budgétaire de l'activité dramatique et culturelle et le modèle de rémunération, par conséquent elles n'entrent pas dans le cadre de cette recherche. Elles ne sont citées que comme sources et comme références pour faciliter la compréhension du lecteur.

a) Des patients non hospitalisés au sein de l'établissement de santé

Dans le modèle extragroupe, les patients non hospitalisés et ceux qui ne sont pas du centre de santé promoteur de l'activité en question sont nombreux à vouloir participer aux actions dramatiques de proximité à but thérapeutique. Cet engouement ne se limite pas à la seule participation, mais il va bien au-delà : il s'applique à la mise en place de projets culturels soutenus par cette convention pour exposer des œuvres artistiques produites dans les différents ateliers d'art-thérapie ou bien même pour accueillir des patients issus d'autres groupes de soins appartenant à d'autres établissements de soins psychiatriques. « *Arrêtons-nous un instant sur ce projet. Il a permis d'accueillir onze patients, quatre soignants du service de jour de l'Établissement Public de Santé mentale de Ville Evrard, accompagnés par un metteur en scène professionnel. On peut relever au passage que le caractère professionnel des intervenants est pris en compte bien que l'on ne soit pas dans le cadre d'un projet financé. Autre point, le metteur en scène intervient également auprès de jeunes dans les quartiers difficiles, nous verrons par la suite que c'est aussi le cas de certains intervenants que nous avons rencontrés au cours de notre recherche. C'est à l'occasion du Festival d'Avignon que cette troupe de patients adultes s'est produite à plusieurs reprises dans la salle de spectacle de l'hôpital de Montfavet entre le 10 et le 20 juillet 2008. Cet atelier de création théâtrale est basé à la fois sur le volontariat et sur le thérapeutique (prescription du médecin), c'est en ce point qu'il se distingue des projets menés dans le cadre du "Programme Culture à l'hôpital".* »¹²⁵⁸

Toutefois, le modèle extragroupe rencontre aussi des problèmes relatifs au maintien même du projet, car la participation des patients non hospitalisés ou ceux des autres établissements de soins ou des personnes bénévoles provoque un problème à la fin de chaque prestation. En effet, certains d'entre eux réclament des droits de propriété sur l'œuvre produite, car ils ne savent pas ou ne sont pas informés qu'en participant aux ateliers jusqu'à la représentation du spectacle, l'œuvre finale reste la propriété de l'établissement promoteur du projet.

¹²⁵⁷ Décret du 19 décembre 1953 portant *Organisation des spectacles amateur et leurs rapports avec les entreprises de spectacles professionnelles*, publié dans le *Journal Officiel de la République Française* le 20 décembre 1953, p. 11359.

¹²⁵⁸ Mylène COSTES, « *Atelier culturel et hôpital psychiatrique : enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme "Culture à l'hôpital"* », *op. cit.*, p. 83.

Un autre problème posé par ce modèle est que la plupart des patients hospitalisés formant le même groupe acceptent difficilement la présence des autres par peur, soit de perdre leur rôle dans la pièce, soit de perdre leur groupe préformé au sein du même établissement de soins. À l'exception de ces deux stress, l'extragroupe présente d'autres avantages pour le patient, car la présence des non-hospitalisés donne une dimension citoyenne, avec une ouverture très large vers l'extérieur. Cette présence permet aux malades de se revoir ou de se retrouver avec les mêmes affinités qu'ils avaient avec le monde extérieur. Ils oublient le cadre strictement médical qui les concerne tout en restant à l'intérieur de l'hôpital. Les ateliers d'extragroupe sont dirigés par des artistes et sont aussi bien sûr encadrés par le personnel médical et infirmier. Ces ateliers ont un double avantage puisque, d'une part, les activités artistiques du projet culturel sont menées par les comédiens et, d'autre part, le côté thérapeutique est sous le regard du personnel soignant. Le grand succès de cette nouvelle forme d'action vient du fait qu'à la fin de la période des répétitions est prévue une représentation au grand public ou une exposition libre.

Ici, le maître du jeu de rôles doit absolument informer les patients de l'établissement en les rassurant sur le fait que personne ne perdra sa place, son personnage, ni son groupe de travail, ni son temps de jeu. Les nouveaux auront certainement de nouveaux rôles dans les groupes déjà formés sans changer pour autant la nature de l'histoire mise en place.

Dans le jeu, les patients de l'intérieur et ceux de l'extérieur sont observés de la même manière et ils recevront les mêmes analyses, observations et chacun aura son diagnostic.

En général, les répétitions et les représentations se passent dans un climat d'entente, de convivialité et de relation fraternelle.

b) Le public

Le public évoqué ici est réparti en deux catégories. Il y a d'une part, le grand public comme spectateur et, d'autre part, le public participant d'une manière ou d'une autre dans l'action dramatique.

Le premier public est celui qui assiste à un spectacle présenté par des patients qu'il connaît ou non. Il aura à la fin de la représentation le devoir de se manifester en approuvant ou désapprouvant la pièce jouée, tout en faisant des commentaires permettant d'améliorer le travail des patients et celui du metteur en scène comme c'est toujours le cas dans les grands théâtres. Le grand public est bien défini, comme il a été démontré dans l'introduction, comme l'ensemble des personnes ou ceux qui ont accepté de voir et d'entendre le message véhiculé par les acteurs. Il n'est donc pas important de revenir sur sa définition.

Lorsque le budget du financement accordé pour la réalisation du spectacle est très important, cela permet à l'équipe du projet culturel de prolonger la valeur de la communication en touchant plusieurs publics, c'est-à-dire de faire plusieurs représentations dans différents endroits ou dans un même lieu, mais en invitant des publics distincts à chaque fois. C'est le seul moyen de toucher le maximum de public de l'extérieur.

Pour ce qui est du public participant, il y a les figurants, le public questionné et parfois interpellé par le comédien sur une question particulière. Il désigne aussi les personnes volontaires bénévoles qui participent aux ateliers quotidiens et même à la représentation

du spectacle, que ce soit en prenant un rôle dans le jeu ou en assurant quelques tâches facilitant le déroulement de l'atelier ou la mise en place du spectacle.

La plupart du temps, la composition de ce public est dominée par les proches des patients, les membres des familles, les amis et/ou les personnes de confiance.

Il est encore possible d'inviter un artiste de l'extérieur pour venir, soit jouer une œuvre à lui seul sans l'intervention des patients, soit pour exposer une œuvre qu'il a déjà réalisée. Ce genre de public est appelé public proactif.

BJ LA GESTION DE LA MÉDIATION THÉÂTRALE

Dans ce cadre d'étude, cette recherche se fondera sur la pratique de l'art-thérapie en ergothérapie et sur celle de l'artiste spécialisé en art dramatique depuis les répétitions jusqu'à la représentation. Comment ces deux pratiques se distinguent-elles au sein d'un même atelier ? Comment se présentent-elles chez le même patient qui reçoit le service de ces deux domaines ?

Lors des répétitions, l'art-thérapie implique des pratiques variées, mais qui sont fondées sur des concepts différents et des procédés qui distinguent ce qui est de l'art tout court et/ou ce qui peut relever d'une thérapie soit par l'art soit avec l'art.

Parlons d'abord de ce qui distingue l'art-thérapie du praticien-ergothérapeute dont les objectifs et les missions se reposent sur la réadaptation et la réinsertion du patient, à l'aide d'activités significatives facilitant le développement de soi, de son autonomie tant du point de vue social et professionnel que sur le plan de son environnement quotidien. Certes, jusqu'à aujourd'hui, l'ergothérapeute occupe une place prépondérante dans les soins du patient durant son parcours d'hospitalisation psychiatrique, mais avec des objectifs différents de ceux de l'art-thérapie du dramaturge. Toutefois, le service de l'ergothérapeute fait appel bien sûr à des activités artisanales et artistiques, quel que soit le type d'art engagé. Plusieurs ergothérapeutes disent que leurs ateliers ne sont que des activités occupationnelles comme il en est de même dans celles proposées par les artistes au sein des services psychiatriques dont leur but est d'occuper et de divertir le malade durant son séjour à l'hôpital.

En revanche, l'art-thérapie, comme son nom l'indique, cherche ou vise à créer un environnement ou un espace de création dans lequel le patient pourra s'exprimer de façon créative à travers de multiples jeux artistico-dramatiques. Le comédien met en relief la créativité du patient durant son atelier. Cette méthode s'entend comme la façon de travailler pour stimuler la capacité d'une personne ou d'un groupe à imaginer à partir d'une situation définie ou à construire une idée, à mettre en œuvre un ou plusieurs concepts avec de nouveaux objets ou à essayer de découvrir ou de donner une solution originale à un problème posé.

La gestion de la médiation est bien évidemment au centre de ces deux branches similaires, mais non identiques. C'est pourquoi les artistes disent aussi que : *« La créativité est souvent identifiée aux créations artistiques ou aux contributions culturellement ou scientifiquement significatives, mais elle touche en réalité à tous les domaines de la vie dans lesquels le sujet doit faire preuve d'inventivité, y compris au quotidien. Elle combat l'apragmatisme présent chez la majorité des patients en psychiatrie, chez qui les fonctions exécutives sont atteintes et qui se trouvent dans l'incapacité de réaliser une action, une activité apprise ayant pour effet de transformer leur environnement. Il semble que la*

créativité soit liée à la dopamine, un neurotransmetteur en cause dans la schizophrénie, et dont l'action est inhibée par les neuroleptiques. Ces médicaments, en ralentissant les fonctions imaginatives et intuitives, réduisent les symptômes psychotiques et maniaques, mais ils diminuent aussi l'autonomie du patient et induisent un fort retrait affectif et social. Aussi, l'art-thérapie offre-t-elle un support à la création par le biais du médium artistique et vise à stimuler la créativité et l'autonomie des participants aux ateliers. Le médium expressif encourage le sujet à se tourner vers l'extérieur, à être actif dans sa démarche de soins, contrairement à certains types de thérapie qui gardent le patient dans une attitude passive. La création sert alors d'étayage identitaire par un tiers esthétique, d'autant plus pertinent en situation de fragilité psychique, comme le souligne Janine Chasseguet-Smirgel : [...] la création est une autocréation et l'acte créateur tire son impulsion profonde du désir de pallier, par ses propres moyens, les manques laissés ou provoqués par autrui. »¹²⁵⁹

Ainsi, André Berten souligne que l'atelier d'art-thérapie, en tant que dispositif de soin, induit une médiation, « [...] entre l'activité rationnelle et instrumentale et la passivité contemplative et réceptrice d'un environnement, l'entre-deux du dispositif pointe plutôt vers l'idée de médiation. »¹²⁶⁰ Le ou les comédiens qui gèrent l'action dramatique, durant la période des répétitions jusqu'à la représentation, mettent en évidence la médiation, tout en prenant en compte les éléments de l'environnement cognitif au sens propre, tant dans le sens du savoir que de celui du savoir-faire.

La gestion de la médiation théâtrale va porter une attention particulière à la création de l'acteur, mais aussi à la mise en place des phases d'échanges sous forme d'ateliers dans les différentes structures d'accueil et de soins. C'est donc une des bonnes façons de faire pour permettre au malade de s'adapter à son environnement.

1) Le cadre de travail pendant les répétitions

Lors des ateliers de répétitions avant le spectacle, le comédien maître du jeu doit en principe mettre en place des emboîtements de cadres, ces dispositifs consistent en un assemblage d'activités des jeux dramatiques, qui vont dans le sens des soins éducatifs, définis par :

- des mesures temporelles et spatiales qui permettent à la personne malade de se sentir en confiance ;
- des cadres psychiques du comédien installant la discrétion et le non-jugement des actes du patient ;
- des mesures de sécurité facilitant la manifestation de sentiments et l'accueil des affects, des douleurs, des stress et des angoisses ;
- des règles entre patients acteurs ;
- des règles de rangement de l'espace de travail et de respect du matériel utilisé.

¹²⁵⁹ Sara BÉDARD-GOULET, « Lecture et réparation psychique, Le potentiel thérapeutique du dispositif littéraire », *op. cit.*, p. 202. Cette analyse est issue de l'ouvrage de Janine CHASSEGUET-SMIRGEL, « Pour une psychanalyse de l'art et de la créativité », Paris, Payot, 1971, p. 103, et est citée encore une fois dans Michèle PETIT, « Éloge de la lecture. La Construction de soi », Paris, Belin., coll., « Nouveaux mondes », 2002, p. 106.

¹²⁶⁰ André BERTEN, « Dispositif, médiation, créativité : petite généalogie », *Le Dispositif. Entre usage et concept*, Hermès, n°25, 1999, pp. 33-47. p. 39.

Chaque participant doit impérativement comprendre qu'il y a des règles de fonctionnement à respecter sur tout l'espace qui est entre le jeu et le non-jeu. C'est un espace nécessaire pour déjouer toute forme de dérapages et/ou d'envahissements ambitieux ou fantasmagoriques.

La personne en charge de l'atelier doit à son tour s'assurer que l'acteur sur scène n'a pas glissé sa personnalité dans son personnage. Il faut éviter le dérapage du jeu vers la réalité, c'est-à-dire du *jeu* vers le *je*. C'est dans ses responsabilités d'expliquer clairement toutes les consignes à tous les acteurs-patients ; comment formuler une phrase tout en faisant semblant à partir d'un récit déjà défini, mais aussi expliquer l'ensemble des règles rééducatives.

Dans certains cas, le directeur de l'atelier doit être très vigilant, lorsque par exemple un enfant se retire du groupe et refuse de travailler avec ses pairs. Dans ce cas, il n'est pas obligé de forcer l'enfant à travailler. Certes, il se retire du groupe corporellement ou, disons physiquement, mais d'autres éléments de son corps restent connectés avec l'activité dramatique mise en place. Il sent, il voit et il entend, ces trois organes de sens peuvent l'inciter à revenir dans le groupe sans l'influence de qui que ce soit. Toutefois, le maître du jeu doit chercher à savoir la raison de son retrait du groupe, car il y a sûrement quelque chose qui motive son refus de jouer avec ses pairs.

Soit il y a quelque chose qui l'empêche de travailler, soit il y a un co-équipier qui le gêne ou c'est parce que le rôle attribué ne lui convient pas. Dans son refus, il peut y avoir plusieurs raisons et il est conseillé de chercher à savoir ce qui l'empêche de travailler soit au sein du groupe, soit chez l'enfant lui-même, avant de l'encourager à retourner travailler. La plupart du temps, ce cas se présente lorsque les patients adultes se mélangent avec les enfants pour jouer ensemble. Ou encore lorsque l'exercice se fait avec des enfants inhibés. Ici, l'acteur qui assure la rééducation leur apporte plus d'attention, mais les enfants restent parfois réticents et ne se dévoilent pas facilement. C'est donc de ce côté-là que le travail d'intégration et de rééducation doit s'orienter pour gagner la confiance de l'enfant très rapidement. Ils doivent se sentir soutenus et accompagnés pendant l'ensemble de la démarche.

En tout cas, il est important de dire que le comédien est dans le jeu d'une part, et, d'autre part, qu'il n'y est pas vraiment. Son esprit travaille deux fois plus que celui des autres, son regard n'est pas comme celui des autres comédiens-patients. Il évite d'être emporté par le jeu et en général, il n'occupe un personnage précis que lorsqu'il veut motiver ou réactiver l'action engagée. Il participe donc à des moments précis, comme pour montrer l'exemple, pour lancer le jeu, pour initier un personnage ou faire d'autres actions. Le cadre du jeu lui permet aussi d'intervenir lorsqu'il s'agit de progresser, d'améliorer, de corriger, de proposer ou d'étonner, en faisant un exemple à suivre. Il doit être calme et patient pour attendre que le malade, surtout s'il s'agit d'un enfant, propose lui-même, crée ou organise son entrée sans le précipiter.

Autrement dit, le théâtre, dans la rééducation, la réinsertion, la socialisation, l'information ou la communication, intervient par différentes approches selon les objectifs de l'acteur maître du jeu et le domaine ou le service où se déroulera l'action dramatique. En effet, les limites sont fixées en fonction de la structure proposée. Par exemple, les limites proposées par le professionnel du théâtre dans la psychothérapie ne sont pas les mêmes que celles utilisées dans la pédiatrie ou dans le développement personnel ou encore dans la

politique informative. Il ne forme pas des acteurs proprement dit, mais il aide, dans ce cadre, les patients à engager une phase thérapeutique ou à bénéficier des effets thérapeutiques.

a) Le rééducateur ou le maître du jeu

Lors du jeu, le comédien responsable du déroulement de l'action dramatique n'est pas là pour imposer à l'enfant ou à la personne adulte de jouer ou de ne pas jouer, d'incarner un personnage. Il doit proposer car l'action n'a pas ici pour objectif la création d'effets théâtraux. Il n'est pas amené lors des répétitions à formuler ou à reprendre des consignes déjà expliquées pour assurer une meilleure lisibilité ou compréhension, comme il est toujours réalisé par les metteurs en scène dans les grands théâtres ou par les pédagogues. Les spécialités de l'art-thérapie disent que l'incompréhension des normes ou du jeu peut parfois enrichir l'atelier et développer le jeu lui-même sans le savoir. C'est dans ce sens-là que les spécialistes d'art dramatique disent qu'en atelier qu'il vaut mieux connaître le patient examiné dans sa manière de faire, dans sa maîtrise, dans son geste, dans sa position ou dans son opinion, que de développer très rapidement une technique.

Le rééducateur est tenu d'éviter un langage contenant un jugement de valeur et d'accorder d'importance à tel ou tel objet créé tel que : « *Il est beau.* », « *Il est mal fait.* », « *Il est bien.* », ou « *ce n'est pas comme ça.* »

Son langage doit être symbolique comme : « *Tellement ou combien j'étais touché.* », « *Je suis vraiment ému.* », au lieu de dire : « *C'est joli.* »

Pendant que les patients jouent tour à tour, le rééducateur observe s'ils osent faire, dire, créer et il essaie de s'identifier au personnage de chaque patient, pour savoir s'il aurait joué de la même façon, afin d'apporter d'éventuels ajustements.

Son rôle ici est de se retirer pour voir comment ses patients jouent et de chercher comment il devrait théâtraliser la séance en ajoutant des fantaisies, des tactiques ou en surjouant le jeu comme en introduisant des petits moments de rires ou des mots comiques

Cet exercice permet au patient de ne plus se sentir lui-même dans son jeu et surtout de ne pas comprendre qu'il s'agit de son histoire ou de sa maladie. Ceci établit en conséquence une distance entre les émotions personnelles et les émotions issues de l'action ou du personnage. Dans chaque atelier, le rééducateur artiste aide le malade à s'éloigner de sa personne, qu'il ne soit pas lui-même pour se fondre dans ce qu'il joue, sans frustration.

Le rééducateur n'a pas à faire de différence entre ce qui est joué en atelier de répétition et ce qui doit être joué lors d'une représentation en public si les conditions se présentent. Le jeu reste le même, avec les mêmes considérations.

b) L'attitude du comédien-rééducateur dans le jeu de théâtre lors de la verbalisation

En principe, le comédien-rééducateur doit soutenir et encourager le patient à travers ses paroles afin de l'amener à prendre confiance en lui, de stimuler et de provoquer de façon progressive le changement psychique lui permettant de se réconcilier avec lui-même, grâce à l'enseignement ou à l'apprentissage. La verbalisation de chaque fin de séance permet bien sûr d'améliorer ce qui a été joué du début jusqu'à la fin de l'atelier. Cette verbalisation est très

valorisante puisqu'elle structure le vécu comme un temps de communication et d'échange entre participants et maître de séance.

Le rééducateur occupe un rôle différent : il aide l'enfant ou le patient adulte à changer soit sa manière de parler, soit sa manière de prendre soin de lui-même ou de son comportement ou de son attitude. Par exemple : lorsque l'enfant parle à son comédien rééducateur d'une façon désordonnée, ce dernier ne cherchera pas à vouloir immédiatement le reprendre de façon brutale. Il doit tout simplement lui montrer comment il est possible de dire autrement, en gardant le sens ou l'idée générale de sa phrase. Il peut aussi faire comprendre à son patient qu'il ne maîtrise pas tout, surtout qu'il ne sait pas encore ce qui va se jouer dans le groupe de travail. Par conséquent, le fait de répondre à côté, ou de ne pas répondre, peut développer le jeu, car le patient aura cherché une autre réponse pour compléter celle qui a été donnée par son rééducateur. Cette méthode l'encourage, car il se voit bien jouer son rôle dans le jeu, tout en s'appropriant une situation sur la scène, et saisit ses émotions par le biais de son œuvre fondée sur l'affection de soi. Jusque-là, il voit se restaurer petit à petit son désir d'améliorer sa santé et d'apprendre différents comportements dans les conditions mises en place par son rééducateur.

Lors de cette évaluation finale de l'atelier, le rééducateur mettra davantage l'accent sur le processus culturel améliorant le psychique que sur l'œuvre finale. Il aura à confronter la valeur escomptée avec ce qui a été réellement accompli. Ici, il a une obligation de réévaluer le processus d'aide à la réalisation du projet et ce que le patient a pu faire dans son jeu depuis la répétition jusqu'à la fin de la séance. C'est une forme de pré-bilan éducatif du groupe ou personnalisé. Le patient lui aussi est appelé à prendre ce qui est meilleur pour sa santé et à s'autoévaluer sur ce qu'il était avant le jeu et sur ce qu'il est devenu après le jeu de rôles. C'est le rôle de la médiation théâtrale. Le patient symbolise ses émotions et ses problèmes à travers la médiation théâtrale pour mieux gérer ses angoisses, ses sentiments, ses douleurs, ses émotions afin de penser plus librement et de s'épanouir dans sa vie et dans sa santé. Avec la pratique de la médiation théâtrale, il apprendra à dire et à se dire, à faire et à se faire, mais aussi à réagir sur les lois culturelles et dramatiques. Le rééducateur doit laisser à son patient la place de jouer pour l'observer à plein temps.

2) La médiation¹²⁶¹ : support de travail

La médiation théâtrale est comme un support ou un objet assurant l'intermédiaire entre le malade et son rééducateur d'un côté, et, de l'autre, elle permet au patient ou à tous les participants de dire les choses d'une autre manière soit par leur gestuelle, leur silence ou leur regard, c'est-à-dire de s'exprimer autrement. Elle est l'un des facteurs qui nouent la relation entre l'enfant, le patient et le comédien-rééducateur au sein de l'institution promotrice du processus de soins rééducatifs. En principe, cette médiation s'exerce au niveau du corps humain, de la parole, de la gestuelle et de la pensée. Elle demande aussi la présence d'une salle adaptée. Au début des trois premières séances, il est souhaité de n'utiliser ni décorations ni objets quelconques. En revanche, ceux-ci peuvent être acceptés quand il s'agit d'ateliers

¹²⁶¹ La médiation théâtrale désigne l'ensemble des stratégies d'actions artistiques et culturelles cadrées sur les conditions et les situations d'échange ainsi que de rencontre entre les citoyens et les milieux culturels et artistiques. Elle a comme mission principale, élargir l'accès à la population, initier les participants à la richesse d'une œuvre, susciter son intérêt artistique et enfin développer leur esprit critique.

qui finiront par une représentation publique. Il est important de faire en sorte qu'à la fin de chaque atelier, la salle soit réaménagée pour éviter toute trace rappelant le travail exercé.

Toutefois, la question de la médiation théâtrale pose aussi un autre problème, car certains spécialistes rééducateurs en art dramatique disent que l'enfant étudié ne doit pas choisir lui-même la médiation tandis que d'autres disent le contraire, ils considèrent que l'enfant doit pouvoir faire son choix.

En revanche, selon l'expérience acquise, cette étude propose que l'enfant examiné ait lui seul effectivement l'opportunité de choisir le jeu qui l'intéresse, mais s'il s'agit d'un travail de groupe, le comédien-rééducateur peut choisir lui-même la médiation sans l'imposer au groupe ni à l'attitude de l'enfant. Ce dernier doit avoir le champ libre pour s'exprimer, non pas en choisissant ou non la médiation, mais dans le cadre du jeu choisi et proposé au groupe. Il reste libre d'agir ou non, de parler ou non, de participer ou non et d'observer ou non. Sa liberté connaît peu de limites. Les seules normes à respecter sont les règles établies pour le déroulement de l'atelier.

a) La médiation théâtrale comme moyen de travail rééducatif de groupe

La pratique de la médiation théâtrale est une forme d'aide à dominante rééducative. En principe, les trois premiers ateliers avec les enfants nécessitent la présence de leurs parents pour observer les premières réactions. Leurs analyses sont indispensables pour la réussite de l'action dramatique de groupe. Après ces trois séances, le cadre de travail reste la propriété du metteur en scène et des enfants, les membres des groupes du travail. Ensuite, une ou des séances de médiation théâtrale peuvent être proposées en groupe, une fois que la nécessité de retravailler en groupe se présente.

Cette pratique a une particularité non négligeable, car son contrat engage d'une part, l'enfant et sa famille et, d'autre part, le comédien-rééducateur chargé de l'aide rééducative et le médecin traitant ou l'équipe de soins.

Les trois premières séances d'observation sont indispensables pour évaluer le niveau indicatif précisant l'intervention thérapeutique, mais aussi pour identifier et choisir la modalité de travail, soit en groupe soit en individuel. Pendant les trois séances d'initiation, le comédien-rééducateur est appelé à observer chez l'enfant ou les enfants quatre axes principaux :

- s'il est nécessaire d'entraîner ou de travailler avec d'autres enfants pour améliorer l'expression orale et physique de l'enfant ;
- s'il y a besoin de se référer à l'imaginaire des autres enfants ;
- s'il y a la présence d'une pathologie de blocage dans la relation duelle ;
- s'il paraît utile de prévoir un modèle familial et social différent de celui de soins hospitaliers.

Toutefois, lorsqu'un enfant examiné présente une de ces caractéristiques au cours des trois premières séances d'observation et que malgré tout il semble capable de suivre l'activité et d'entrer dans le jeu, le comédien-rééducateur peut quand même envisager de mettre en place une médiation théâtrale de groupe comme il a été expliqué par Jeannine Duval-

Héraudet : « *Tout objet susceptible de susciter le jeu symbolique a sa place dans une salle de rééducation.* »¹²⁶²

Au moment de la composition ou de la constitution du groupe, le rééducateur se heurte à une autre difficulté. En effet, il lui faudra trouver très vite d'autres enfants, au maximum cinq, capables de prendre des initiatives, de créer, de chercher des solutions, tout en prenant bien sûr en compte le désir de l'autre, mais aussi de faire en sorte qu'il se sente concerné et engagé dans l'exercice. Le jeu de la médiation théâtrale est dans les principes du jeu de rôles et de l'improvisation. Les enfants apprennent à être étonnés, à réagir et à être créatifs, mais aussi à être dépassés par l'autre sans pour autant le prendre mal. C'est pourquoi le rééducateur doit réfléchir sur la problématique des enfants formant le groupe de travail, telle que réunir des pathologies voisines, mais observées de façon différente pour faciliter des interactions utiles, capables de garder longtemps une action dynamique. En réalité, la modalité est choisie individuellement et le groupe devient uniquement une enveloppe du cadre du travail dont le rééducateur lui-même fera partie.

Lorsqu'un enfant membre du groupe de travail est absent, le travail d'étude ne peut pas s'effectuer, raison pour laquelle certains spécialistes proposent de placer une chaise vide sur la scène pour marquer l'absence de l'enfant et pour signaler qu'il fait toujours partie des membres du groupe.

Il faut aussi souligner que le maître du jeu ne travaille pas dans la même gestion du temps que le médecin traitant et son équipe. Il peut tout arrêter à tout moment, selon l'évolution des enfants, tout en sachant que chacun d'eux a son propre rythme pour retenir les choses et les manipuler ou pour manier ses acquis.

b) La fiction dans la médiation théâtrale

Quel rôle joue la fiction d'art dramatique dans la médiation théâtrale menée dans les répétitions de chaque groupe de travail pour les enfants malades ?

En principe, une fois le groupe de travail constitué, il lui est proposé de se réunir une fois par semaine, l'idéal étant le mercredi¹²⁶³, pour une séance de quarante-cinq minutes à soixante minutes si la nécessité se présente. La fiction joue son rôle dans le jeu en utilisant plusieurs méthodes de travail dont quelques-unes ont attiré l'attention de cette recherche, car elles sont similaires à celles utilisées dans les exercices destinés aux personnes âgées. Ces dernières jouent en groupe, dans l'improvisation, à partir d'un sujet défini ou d'une situation de départ impliquant le corps de chacun et son langage. Cette partie du travail n'est pas singulière, elle est plutôt semblable à la rééducation énoncée pour tous les participants :

- le faire-semblant ;
- le contrôle de l'espace scénique ;
- le fait d'éviter d'employer les pronoms entre d'eux ;
- le contrôle ou la gestion du temps de l'exercice.

¹²⁶² Jeaninne DUVAL-HERAUDET, « *Une difficulté si ordinaire* », Édition Audio & Papier, 2001. p. 209.

¹²⁶³ La plupart des artistes choisissent les mercredis pour mener la médiation théâtrale pour les enfants parce que la plupart d'eux ne vont pas à l'école ce jour-là. D'autres vont en cours uniquement le matin. C'est un jour peu travaillé dans les écoles. Comme le mercredi est au milieu de la semaine et que la plupart des enfants sont libres, les artistes profitent cette occasion pour jouer et pour passer du temps avec eux.

Les enfants doivent absolument être informés de ces éléments et ensuite le rééducateur lance le processus selon trois niveaux d'observations et d'analyses.

Le premier niveau est celui de l'étude de la fiction. Les enfants essaient de communiquer ce qu'ils vont faire et de partager verbalement toutes les informations susceptibles de contribuer à l'évolution de la démarche thérapeutique. La seule particularité qui se présente ici est que la notion de récit doit être mise en avant pour apprendre aux enfants l'intérêt de raconter l'histoire de l'autre en sa présence ou sa propre histoire à travers un autre personnage, pour parler de ses désirs et pour toucher au plus profond de son appareil psychique. Ils doivent donc imiter la réalité ou en inventer une autre et donner vie à cette réalité vraisemblable en la jouant, soit devant d'autres groupes, soit seulement entre eux. Chez les enfants, cette méthode est encore plus efficace lorsqu'il s'agit d'un récit imaginaire faisant suite à un conte tel que les contes de fées. Le rééducateur ou un enfant désigné par le groupe peuvent résumer la fiction à partir d'un conte ou marquer le début de l'exercice à partir des éléments d'un conte, d'une histoire ou d'un mythe très connus. Ce genre de travail permet aux enfants d'identifier très rapidement dans le conte ou dans le mythe la forme symbolique à leur douleur ou à leur souffrance qui va empêcher l'amélioration de leur état de santé. La valeur du récit repose sur la résonance, car après la lecture d'un conte ou de la fiction, certains enfants seront effectivement impressionnés et répondront par une nouvelle imagination créative. C'est pourquoi le rééducateur en charge du déroulement doit apprendre aux enfants à travailler et à s'investir un peu plus sur l'imaginaire. Les résultats obtenus contribueront en premier à la fiction et en second à l'action culturelle.

Le deuxième niveau est le jeu lui-même. Il est défini comme le temps de création ou d'action. C'est le moment de mettre en œuvre ce qui a été prévu, tout en ayant la possibilité d'engager d'autres moyens que le langage pour s'exprimer ou manifester des sentiments ou des douleurs. Cette observation a été confirmée par Jean-Pierre Klein avec son co-auteur Ivan Darrault-Harris : « *Avec les enfants, (mais certaine psychiatrie d'adultes s'en inspire) le recours à la production imaginaire ou aux langages autres que le verbal est une des indications principales* »¹²⁶⁴ leur facilitant de raconter tout ce qu'ils ne sont pas capables d'exprimer oralement ou de ce qu'ils ne peuvent pas se dire. Dans cette situation, certains enfants seront des observateurs de l'action quand d'autres endosseront le rôle d'acteurs, ou de tous les acteurs selon le nombre des personnages à mettre en place. S'ils jouent tous dans la même pièce, l'observateur sera dans ce cas le comédien-rééducateur. La fiction ne joue pas son rôle uniquement sur l'acteur, mais aussi sur celui qui a l'œil de l'observateur, comme un spectateur, et qui peut être encore plus touché que l'acteur. Certes, son corps n'est pas engagé, mais son mental peut-être pris par l'action du comédien et cela va provoquer chez lui des émotions. C'est pourquoi les enfants qui ne jouent pas prennent la place de l'observateur.

Le troisième niveau est celui de la verbalisation. C'est le temps le plus important, mais aussi le plus court par rapport aux deux autres, car il leur permet de s'exprimer verbalement. Il est défini comme le temps qui aide la mémoire de l'événement – de chaque individu. Dans le jeu ou dans la médiation, les enfants travaillent tous sur leur identité ou leur personne, à travers une marque invisible qui se situe dans leur psyché ou leur pensée, dessinée par les actions d'acteurs. Ce jeu montre que jouer de la fiction dramatique n'est pas un risque pour le

¹²⁶⁴ Jean-Pierre KLEIN, Ivan DARRULT-HARRIS, « *Pour une psychiatrie de l'ellipse, les aventures du sujet en création* », éd., Pulim, France 2007, p. 80.

joueur, mais aussi que le regard porté par le spectateur sur l'acteur peut apporter un changement, tant pour celui qui regarde que pour celui qui est regardé.

En principe, l'évolution et la réussite de l'atelier dépendent de ces trois grandes étapes qui aident à travailler l'imaginaire et la symbolique des enfants, mais aussi qui les orientent vers des situations réelles en engageant directement la pensée de chacun d'eux. C'est donc une manière de confronter le futur imaginé avant l'exercice avec ce qui s'est réellement passé pendant l'exercice et au résultat final obtenu. Cela met en lumière ce qui a été imaginé sur l'autre avant qu'il soit sur la scène et le changement obtenu par son action et le regard de ses pairs.

SECTION II - LES GRANDS MOMENTS DE LA SÉANCE DE FORMATION

Comme il a été déjà expliqué, la représentation en public de l'œuvre finale n'est ni une condition ni une obligation à l'égard du comédien en charge des ateliers, ou pour l'établissement de soins. En revanche, une fois que les patients, personnes adultes, enfants et l'ensemble des participants arrivent à bien maîtriser les techniques de l'art dramatique, le maître du jeu peut proposer aux acteurs et à l'institution de soins de passer à l'acte suivant, à savoir la représentation de l'œuvre finale devant le grand public. Cet événement nécessite bien sûr le consentement des participants et l'aval de l'établissement organisateur, car ce dernier aura à déboursier des fonds pour permettre l'expérimentation ultime.

Le comédien-rééducateur propose de montrer un spectacle qui en général est présenté en fin d'année ou durant les périodes de vacances. Ce sont les moments où les enfants se sentent prêts à s'investir dans le projet et où les parents sont également libres pour venir les assister et les encourager.

Pourquoi le directeur du jeu attend-il jusqu'à la fin de la période des répétitions pour solliciter une représentation finale ? C'est tout simplement pour éviter que le temps de jeu soit influencé par les préoccupations d'un acteur de vrai théâtre, ce qui risquerait de dénaturer l'objectif principal de l'exercice. La complexité de la représentation en public dépend de l'attitude, de la ponctualité et du respect, ainsi que de la capacité des enfants ou des patients d'une manière générale à s'impliquer dans un tel travail et à répondre aux attentes du projet de l'art dramatique.

Si la représentation au grand public est bien validée par le service en charge des actions culturelles, une phase des répétitions sera établie avec un calendrier de deux à trois séances. Ce planning va alourdir le déroulement des ateliers et certains ajustements seront envisagés pour bien affiner le travail.

Pourquoi le comédien-rééducateur cherche-t-il à affiner un travail effectué pendant plusieurs séances dans une série de deux ou trois ateliers ? Quels sont les apports possibles ?

Ici, le patient restera toujours dans son personnage, mais il aura à acquérir quelques techniques pour se présenter devant un public et mettre de l'ordre en lui pour valoriser son personnage. Il apprendra à extérioriser ses désirs, ses inhibitions, ses douleurs et ses pulsions de façon communicative pour toucher la sensibilité du public. Car le but de la représentation en public est de montrer qu'il ne suffit pas de comprendre comment incarner son rôle simplement, mais aussi de montrer sa capacité de pouvoir l'exercer en dominant sa personne

par le biais de son personnage. Ainsi le public peut identifier une autre personne et découvrir de façon spontanée un nouveau point de vue sur la personne qui joue.

PARAGRAPHE 1 - LE MOMENT DE LA REPRÉSENTATION DU THÉÂTRE THÉRAPEUTIQUE

Tout d'abord, la notion de représentation fait l'objet de plusieurs définitions selon le domaine juridique et la procédure engagée. Par exemple dans le droit civil, précisément à l'article 1153 de l'ordonnance n°2016 du 10 février 2016¹²⁶⁵ précise que : « *Le représentant légal, judiciaire ou conventionnel n'est fondé à agir que dans la limite des pouvoirs qui lui ont été conférés* »¹²⁶⁶ ou dans le droit de la succession à l'article 812 et S, du même Code civil issu de la loi n°2006-728 du juin 2006 portant réforme des successions et des libéralités¹²⁶⁷ qui dit que : « *Toute personne peut donner à une ou plusieurs autres personnes, physiques ou morales, mandat d'administrer ou de gérer, sous réserve des pouvoirs confiés à l'exécuteur testamentaire, tout ou partie de sa succession pour le compte et dans l'intérêt d'un ou de plusieurs héritiers identifiés.*

Le mandataire peut être un héritier.

Il doit jouir de la pleine capacité civile et ne pas être frappé d'une interdiction de gérer lorsque des biens professionnels sont compris dans le patrimoine successoral. Le mandataire ne peut être le notaire chargé du règlement de la succession »¹²⁶⁸. Il n'apporte toujours pas le même sens au plan procédural précisément à l'article 1421 du même Code qui dit que : « *Chacun des époux a le pouvoir d'administrer seul les biens communs et d'en disposer, sauf à répondre des fautes qu'il aurait commises dans sa gestion. Les actes accomplis sans fraude par un conjoint sont opposables à l'autre.*

L'époux qui exerce une profession séparée a seul le pouvoir d'accomplir les actes d'administration et de disposition nécessaires à celle-ci.

Le tout sous réserve des articles 1422 à 1425 »¹²⁶⁹ (v. l'arrêt¹²⁷⁰), mais aussi dans le droit de la famille plus précisément dans l'article 227-5 du Code pénal qui dit que : « *Le fait de refuser indûment de représenter un enfant mineur à la personne qui a le droit de le réclamer est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* »¹²⁷¹.

Du côté de la littérature, la représentation implique non seulement l'idée de donner en présence d'une délégation à une personne ou une institution préexistante, la possibilité de reproduire l'œuvre transmise plusieurs fois, soit à l'identique soit par images, devant un public ou une autre personne qui en bénéficie.

Toutefois, dans le domaine artistique, la représentation a été identifiée comme l'action de jouer une œuvre scénique, quelle que soit sa forme, devant un ou des spectateurs appelés le

¹²⁶⁵ Légifrance, « *L'ordonnance n°2016 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations* », publiée sous le n°0035, au *Journal Officiel de la République Française* le 11 février 2016, version en vigueur le 10 février 2016, consulté le 4 février 2019.

¹²⁶⁶ *Ibid.*

¹²⁶⁷ Loi n° 2006-728 du 23 juin 2006 portant réforme des successions et des libéralités, *JORF*, n°145 du 24 juin 2006, p. 9513.

¹²⁶⁸ *Ibid.*

¹²⁶⁹ Légifrance, « *Loi n° 2006-728 du 23 juin 2006 portant réforme des successions et des libéralités* », *JORF*, n°145 du 24 juin 2006, p. 9513, version en vigueur le 30 août 2020, consulté le 30 août 2020.

¹²⁷⁰ C.cass., Ch., Civ., 2, du 2 déc. 2010, n°09-68.094.

¹²⁷¹ Code pénal, Dalloz, *éd.*, 2013

public. Le succès de la représentation est mesuré non seulement par le nombre de fois où elle est jouée, mais aussi par la performance réalisée d'une représentation à une autre.

A] LA REPRÉSENTATION DU SPECTACLE

Cette représentation ne concerne pas bien sûr le spectacle professionnel, mais plutôt le spectacle amateur. Toutefois, il paraît judicieux de définir la première catégorie de spectacle avant de passer à la deuxième catégorie de représentation.

Le spectacle professionnel, appelé couramment spectacle vivant, est une activité économique régie par plusieurs règles spécifiques dans lequel interviennent plusieurs acteurs tels que : compagnies, entreprises, associations, artistes, techniciens et pouvoirs publics. Cette activité participe au développement économique, social et culturel du pays. Il connaît deux formes de législations : celle du droit commercial d'une part, et, d'autre part, celle du droit du travail. Cette dernière précise en son article L.7121-2 que « *Sont considérés comme des artistes du spectacle, notamment :*

1° *l'artiste lyrique ;*

2° *l'artiste dramatique ;*

3° *l'artiste chorégraphique ;*

4° *l'artiste de variétés ;*

5° *le musicien ;*

6° *le chansonnier ;*

7° *l'artiste de complément ;*

8° *le chef de l'orchestre ;*

9° *l'arrangeur-orchestrateur ;*

10° *le metteur en scène, pour l'exécution matérielle de sa conception artistique. »*¹²⁷²

En premier lieu, la loi indique ici que la représentation d'un spectacle vivant demande tout d'abord la présence physique de tel ou tel artiste du spectacle rémunéré pour cette prestation ou interprétation d'une œuvre de l'esprit devant un public justifié par la présence physique de spectateurs. En deuxième lieu, la loi estime comme acte de commerce tout événement organisé par une entreprise de spectacles publics.

Il y a d'autres formes de spectacles vivants qui se distinguent de celles-ci soit par l'absence d'un des trois critères précités, soit par la présence d'une autre forme que celles qui sont citées par le Code du commerce.

Toutes activités ou toutes actions menées par les entreprises de spectacles publics, quels que soient leur statut ou leur forme juridique et peu importe leur importance envers la société, relèvent directement de l'article L.110-1¹²⁷³ du Code du commerce et sont orientées et visées par le dispositif relatif à la licence d'entrepreneur de spectacles.

Par exemple la présence d'un artiste non rémunéré interprétant devant son public une œuvre de l'esprit. Ce sont ces circonstances qui caractérisent le plus le spectacle amateur même si d'autres éléments peuvent s'y ajouter comme l'importance d'une billetterie ou

¹²⁷² Code du travail, Dalloz, 75^e édition, 2013.

¹²⁷³ Code du commerce, article L.110-1, « [...] 6° Toute entreprise de fournitures, d'agence, bureaux d'affaires, établissements de ventes à l'encan, de spectacles publics ; [...] », Legifrance, version en vigueur, 30 janvier 2013, consulté le 30 août 2020.

l'existence d'un support associatif. C'est pourquoi le ministère des Finances et des Affaires économiques précisait dans son décret du 19 décembre 1953¹²⁷⁴ relatif à l'organisation des spectacles amateurs et leurs rapports avec les entreprises de spectacles professionnelles dans son article premier que : « *Est dénommé groupement d'amateurs tout groupement qui organise et produit en public des manifestations dramatiques, dramatico-lyriques, vocales, chorégraphiques, de pantomimes, de marionnettes, de variétés, etc., ou bien y participe et dont les membres ne reçoivent, de ce fait, aucune rémunération, mais tirent leurs moyens habituels d'existence de salaires ou de revenus étrangers aux diverses activités artistiques de professions du spectacle.* »¹²⁷⁵ C'est à partir de ce principe que les circonstances de fait vont déterminer le cadre légal de la représentation du spectacle et non les accords convenus de façon écrite ou verbale entre les parties concernées. Il est donc admis que la présence physique d'un acteur ou d'un artiste rémunéré ou non, mais qui n'interprète pas une œuvre de l'esprit, en présence ou non du public, sont autant d'éléments qui font que la représentation ne rentre pas dans la sphère du spectacle vivant. L'inverse peut aussi se justifier. Une manifestation organisée en présence d'un public, mais sans l'interprétation d'une œuvre de l'esprit et/ou d'un artiste interprète n'est donc pas protégée par la réglementation en vigueur pour les spectacles vivants comme un match de foot, un défilé de mode ou autres.

1) Le tableau marquant la différence entre spectacle professionnel et spectacle amateur

| | |
|--|--|
| Représentation d'un spectacle ou représentation d'un œuvre de l'esprit interprétée par un artiste du spectacle vivant. | |
| Existence d'un contrat de travail avec une rémunération | Existence d'un accord de volonté, bénévole et sans rémunération |
| Entreprise ou groupement / Producteur ou tourneur : Licence d'entrepreneur de spectacles exigée | Association régie par la loi de 1901 : Pas besoin de licence d'entrepreneur de spectacles |
| L'existence d'une billetterie | Participation aux frais |
| Présence d'un public – spectateur | Présence d'un public – spectateur |
| Spectacle vivant | Spectacle vivant |
| Professionnel | Amateur |

a) Existe-t-il une possibilité d'exercer une activité de spectacle vivant sans une licence ?

La loi n'envisage qu'une seule possibilité ou disons une dérogation à l'obligation de détenir une licence pour exercer une activité en tant qu'entrepreneur de spectacle vivant, appelé dans ce cas, spectacle occasionnel, selon article L.10 de la loi n°99-198 du 18 mars 1999¹²⁷⁶. Cet exercice occasionnel peut être effectué sans la présence d'une licence avec une restriction de six représentations seulement selon l'article R.7122-26 du Code du travail qui impose que : « *Le plafond annuel permettant d'exercer occasionnellement l'activité*

¹²⁷⁴ Décret n° 53-1253 du 19 décembre 1953 relatif à l'organisation des spectacles amateurs et leurs rapports avec les entreprises de spectacles professionnelles, publié au *Journal Officiel de la République Française* le 23 décembre 1953.

¹²⁷⁵ *Ibid.*

¹²⁷⁶ Loi n° 99-198 du 18 mars 1999 portant modification de l'ordonnance n° 45-2339 du 13 octobre 1945 relative aux spectacles, *JORF* n° 66 du 19 mars 1999 p. 4047.

d'entrepreneur de spectacles vivants, sans être titulaire d'une licence, est fixé à six représentations.

Chaque représentation fait l'objet de la déclaration préalable prévue à l'article L.7122-20 au moins un mois avant la date prévue. »¹²⁷⁷

Toutefois, il faut rappeler qu'une série de représentations du même spectacle effectué le même jour ne peut être considérée comme une seule représentation.

Lorsqu'un établissement de santé ou n'importe quelle institution organise par exemple quatre séries de spectacles de danse, de théâtre ou de musique sur l'année avec quatre groupes différents à chaque fois, cela nécessitera d'avoir une licence d'entrepreneur de spectacle vivant au préalable, car il y aura en moyenne seize représentations dans l'année. En principe, le spectacle occasionnel ne concerne que les personnes morales ou physiques qui n'ont pas pour objets principaux la réalisation de spectacle, ni la production, ni la diffusion de spectacles auprès du public.

La loi cherchera donc à apprécier cette situation soit à partir des objectifs définis par le statut de l'institution organisatrice, soit, le cas échéant, à partir de situations ou de réalités précises. C'est pourquoi une association qui fait de la représentation de spectacles l'objet principal de son activité ne peut les diffuser qu'après avoir obtenu la licence, même si elle n'en produit pas plus de deux ou trois par an. Elle ne peut pas évoquer la notion de spectacle occasionnel, car elle l'a bien précisé dans son statut comme une activité principale.

En revanche, la notion de spectacle occasionnel ne supprime pas pour autant l'obligation et le respect du droit d'auteur, la sécurité, le droit du travail, la déclaration fiscale, la billetterie, le droit de suite et autres. L'institution organisatrice doit obligatoirement déclarer préalablement les représentations, au moins un mois en avant, par courrier adressé au préfet du département (DRAC) selon l'article R.7122-26 du Code du travail précité et l'autorité administrative délivre un récépissé lors du dépôt de la demande selon le même Code en son article R.7122-27 qui affirme que : *« La déclaration préalable est adressée par tous moyens, y compris par voie électronique, au préfet de région du lieu de la représentation publique ou, lorsque les représentations sont données dans plusieurs régions, au préfet de région du lieu de la première représentation publique, au moins un mois avant la date prévue pour cette représentation. Le préfet de région délivre un récépissé dans le délai de quinze jours suivant la réception de la déclaration, le cas échéant sous forme électronique. »¹²⁷⁸*

b) Le spectacle amateur

Comme il a été déjà expliqué dans l'article premier du décret du 19 décembre 1953¹²⁷⁹ : *« Est dénommé groupement d'amateurs tout groupement qui organise et produit en public des manifestations dramatiques, dramatico-lyriques, vocales, chorégraphiques, de pantomimes, de marionnettes, de variétés, etc., ou bien y participe et dont les membres ne reçoivent, de ce fait, aucune rémunération, mais tirent leurs moyens habituels d'existence de salaires ou de revenus étrangers aux diverses activités artistiques de professions du*

¹²⁷⁷ Code du travail, Dalloz, 75^e édition, 2013.

¹²⁷⁸ Code du travail, Dalloz, 75^e édition, 2013, complété par le Décret n° 2011-994 du 23 août 2011 relatif à la licence d'entrepreneur de spectacles vivants, *JORF* n°0196 du 25 août 2011 p. 14402.

¹²⁷⁹ Décret n° 53-1253 du 19 décembre 1953, *op. cit.*

spectacle. »¹²⁸⁰. Cette norme qui s'applique aux établissements de santé, puisque la plupart des associations et des compagnies qui participent à leurs projets culturels sont régies par la loi de 1901. Leurs représentations ne sont pas soumises à la même législation que les spectacles professionnels comme il a été indiqué dans l'article 2 du même décret.

La réglementation précise que les groupes de spectacles amateurs ne peuvent pas effectuer plus de trois spectacles par an. Il y a une autre précision à retenir. Les spectacles ne peuvent pas se produire plus de dix fois par an lorsqu'ils sont présentés publiquement dans une ville ou une agglomération fréquentée par des compagnies ou des entreprises de spectacles professionnelles à l'exception des associations de chorales, des groupes folkloriques et/ou des sociétés populaires de musiques, selon l'article 5 du même décret.

Dans certains cas, les établissements de santé font appel à certains professionnels du spectacle vivant pour interpréter une œuvre de l'esprit devant un public, avec une billetterie et une rémunération et, de ce fait, l'institution est concernée par la réglementation de l'exercice occasionnel de l'entrepreneur du spectacle vivant et non de celle du spectacle amateur. C'est pourquoi la réglementation ne permet pas à une association ou à un groupement amateur d'obtenir une licence d'entrepreneur de spectacle vivant dans le but de pouvoir employer tout au long de l'année quelques artistes professionnels du spectacle vivant. Cette impossibilité trouve des issues d'une part, dans le décret du 19 décembre 1953 et, d'autre part, dans l'article L.7122-19 du Code du travail. En revanche, cet article donne une possibilité aux groupements d'artistes bénévoles de faire appel de façon occasionnelle à un ou des artistes du spectacle.

2) La mise en scène

Tout d'abord, la mise en scène a été définie par le comédien, réalisateur et metteur en scène Léonard André Antoine (1858-1943) comme étant l'art de transmettre sur les planches l'action et les personnages imaginés par l'écriture du dramaturge. Celle-ci comprend toutes les dispositions liées aux mouvements, aux gestes, aux accessoires, aux meubles et aux actions d'acteurs. Une grande partie d'études de la mise en scène s'oriente vers la gestion du temps, de l'espace, des entrées et des sorties, de l'accompagnement du son, du décor, des costumes, des lumières, etc.

Dans les ateliers de l'hôpital, elle consiste ici à perfectionner le changement entre acteurs, et aussi entre acteurs et spectateurs. Le metteur en scène forme les acteurs comment amplifier leur attitude ludique, les aide à imaginer et à créer en groupe et même individuellement et enfin leur explique comment être proactif et capable de répondre aux attentes du ou des partenaires. Chaque participant doit être capable de comprendre les actions de l'autre et ainsi se compléter les uns les autres. Le travail de base de la mise en scène est le faire semblant de façon collective avec une communication singulière.

Il est prouvé lors des répétitions de la mise en scène que le patient acteur peut apporter des bénéfices dans sa pratique théâtrale à l'autre patient ou à lui-même à travers le jeu pour soi ou avec l'autre ou encore devant l'autre pour des raisons de soins psychiques. C'est ici que chaque patient va commencer à ressentir l'autre comme un sujet créatif, un être distinct et à la fois semblable. L'image que le patient donne lors du jeu doit absolument ressortir de l'image

¹²⁸⁰ *Ibid.*

ou du personnage qu'il incarne, lui permettre de se chercher, de se comprendre et de se donner une place parmi les autres. L'étude de la mise en scène passe par le fait d'apprendre à être jugé et regardé par l'autre. Il faut donc maîtriser le regard de l'autre et celui du public, savoir communiquer par le regard de manière simple et compréhensive.

En général, la mise en scène englobe tous les préparatifs artistiques portant sur des événements coordonnés avant le spectacle. Pour ce qui est de la gestion du temps et de la maîtrise des mouvements corporels, les chapitres précédents ont bien expliqué pourquoi cette partie va se concentrer sur les ateliers de maquillage avant la représentation du spectacle.

a) Un atelier de maquillage à l'hôpital

L'atelier de maquillage dans les établissements de soins est très vaste. Quand cette étude cherchait à savoir s'il y avait des ateliers de maquillages, la réponse était très vite donnée, en précisant qu'il y avait plusieurs ateliers ou formes d'ateliers.

Il y a par exemple les ateliers de maquillages pour les personnes âgées hospitalisées, atteintes de pathologies chroniques, quel qu'en soit le type et qui ont besoin de se sentir bien dans leur peau et pouvoir ainsi reprendre goût à la vie. Ce genre d'ateliers aide les patients à se tenir en forme et à ne pas s'éloigner de la vie réelle qu'ils avaient avant. La plupart de ces ateliers sont appelés ateliers de soins esthétiques pour les personnes âgées suivant la dénomination inscrite sur la prise en charge de réhabilitation hospitalière. Ils apprennent comment se maquiller et quels produits ils doivent utiliser en fonction de leur peau, leur âge, et leur allergie pour ceux qui souffrent de ces pathologies. La plupart des maquilleuses amènent des cosmétiques depuis chez elles pour venir ensoleiller la vie de ces patients.

Il y a une autre forme d'ateliers de maquillage qui consiste à prendre en charge les patients qui ont besoin d'être suivis et accompagnés pour faire leur toilette. Ces ateliers concernent généralement les infirmiers(ères), les membres des familles et les proches qui souhaitent être informés de la façon de prendre soin du malade. Il y a des séances de formation de postures, de déplacements de malade et d'apprentissage pour pouvoir l'habiller sans lui faire du mal ni aggraver son état de santé. Les participants apprennent à faire les toilettes au lit, à la savonnette pour des personnes handicapées ou souffrant des troubles psychologiques et/ou même parfois pour des blessés physiquement.

Ces deux formes d'atelier entrent dans le cadre de la politique de santé informative et éducative pour envisager une santé meilleure et pour pouvoir regarder la vie, de plus en plus belle qu'hier, de façon optimiste.

Au-delà de ces deux formes d'atelier, il en existe une troisième : l'atelier de maquillage artistique avant de monter sur la scène de spectacle. C'est à cela que cette étude va s'intéresser davantage pour expliquer en quoi consiste le maquillage artistique.

b) Le maquillage artistique dans la représentation du spectacle

Qu'est-ce que le maquillage artistique ? Quels sont ses effets sur celui ou celle qui est maquillé et celui ou celle qui regarde le maquillé ? N'est-il pas souhaité surtout pour dépasser sa beauté naturelle ou pour mieux la transcender ? A-t-il un impact particulier sur la santé du patient ? Que doit-il représenter ?

C'est une manière de savoir-faire et d'usage de moyens techniques au service de l'image d'une part, et d'autre part, de la réalisation de la mise en scène. Cela demande donc des techniques et des talents reconnus artistiquement.

Une longue réflexion et plusieurs observations dans différents ateliers lors de cette recherche ont permis de définir le maquillage artistique comme étant l'art artistique ou la discipline consistant à faire usage d'outils, de peintures et/ou d'objets, sur le visage et/ou sur le corps, pour le rendre plus communicatif aux sens et aux émotions, mais aussi à l'intellect. Cette définition tient compte effectivement de l'œuvre finale du maquilleur qui marque le résultat du travail effectué.

Depuis longtemps, l'homme utilise son corps comme moyen ou support éphémère pour exposer son expression artistique dans le but de transmettre un message qui lui paraît indispensable. Chaque acteur cherche à impressionner son public à travers son maquillage. Si par exemple le patient incarne un personnage méchant dans ses actes, il va se maquiller de façon à chercher par tous les moyens à faire peur à l'ennemi dans la pièce, mais aussi à son public. Le maquillage artistique est un moyen de s'identifier et de marquer son appartenance à tel ou tel groupe, clan ou rang. Dans le domaine artistique, le maquillage a des effets symboliques comme le disent les hommes du théâtre, dans le cadre de la représentation du spectacle, c'est un masque qui permet d'identifier directement le personnage joué. Car dans chaque masque ou maquillage sont reproduits des traits d'émotions, de sentiments, de douleurs et de caractères. Il n'y a pas de maquillage sans libération d'expressions et d'émotions.

Dans ces ateliers, le corps est choisi pour assurer la transmission où il est le support de l'œuvre d'art, effectuée par l'artiste de maquillage, sur la scène de l'expérimentation.

La personne maquillée arrive par cet effet à comprendre qu'elle n'est plus la même et qu'elle représente une autre vie. C'est justement ce masque qui l'influence dans son nouveau rôle et l'aide à oublier qu'elle est elle-même un souffrant.

Les ateliers d'apprentissage de maquillage plaisent aux patients et cela les amuse de jouer avec des outils de maquillage en créant des visages éventuellement en lien avec leur personnage. D'autres profitent de ces ateliers pour se rendre beaux et embellir leurs rôles, surtout les femmes quand elles se trouvent devant les boîtes de fonds de teint. Chacune d'elles cherche à prouver qu'elle n'a pas perdu son expérience et qu'elle peut toujours se faire belle pour plaire à son partenaire. C'est un cas très fréquent, surtout lorsque les patientes attendent des visites de leur famille, leur mari ou leur prétendant. Elles se font belles pour influencer le regard du spectateur, mais aussi pour montrer qu'elles sont en forme et en bonne santé. D'autres cherchent à apprendre à se maquiller, car auparavant elles ne s'y intéressaient pas, mais le fait de se maquiller masque leur état de santé.

Pour ce qui concerne le public, le maquillage est l'œuvre finale, d'accompagnement et d'embellissement de l'œuvre principale – la pièce jouée. Selon plusieurs avis, même si les acteurs jouent bien, si le décor et le maquillage n'ont pas impressionné le spectateur, cela peut toutefois faire perdre la valeur de la pièce et son influence. À l'inverse, ces deux éléments peuvent donner une bonne image à la pièce jouée même si elle n'était pas particulièrement agréable et singulière.

Les ateliers de maquillage concernent deux parties d'une part, les séances de théâtre pour la mise en scène, et, d'autre part, les ateliers de peinture qui rentrent tous les deux dans les mesures et les objectifs thérapeutiques envisagés.

Le maquillage tient sa force de la beauté, de l'élégance, du bien-être et de l'attrance, c'est ce que représente la qualité du maquillage. En général, les produits cosmétiques véhiculent une impression de bonne réussite, soit professionnelle, soit de bonne santé. L'apparence de la personne maquillée amène les gens qui la croisent à lui faire confiance selon la théorie de l'attrance, de l'affirmation, de l'attention et de la notoriété. Il n'est pas possible de parler de maquillage sans parler de rouge à lèvres, de crayons, de mascaras, de fonds de teint, de faux cils, de décolorant, de parfums, de faux ongles, de mèches, de tissages et d'anticernes, toutes choses qui occupent une durée importante dans la journée de chaque femme et qui arrivent peu à peu à toucher la sensibilité des hommes qui commencent à leur tour à s'en préoccuper et à passer du temps à se maquiller.

C'est dans cette perspective que la psychologie, la psychanalyse et le dramathérapie s'intéressent à la valeur et à l'influence de la beauté sur le visage ainsi que l'action secrète du maquillage sur la santé du patient.

Tout d'abord, tout le monde sait que certains maquillages embellissent la peau, donnent de l'éclairage, gommant les impuretés et certains renforcent la profondeur de la peau et du visage quand d'autres l'abîment. Sa magie n'est pas loin, elle opère en donnant une apparence beaucoup plus saine et plus jeune et attire le regard. Plusieurs hommes disent qu'une femme qui étale du fond de teint sur son visage renforce l'impression et la qualité de son état de santé qu'elle reflète et augmente son attrance sensuelle.

Dans la pratique théâtrale, le maquillage ne se limite pas seulement aux lèvres, aux yeux ou au visage, mais il implique aussi les cheveux et le corps entier.

BJ] UNE THÉRAPIE ENVISAGÉE PAR LA REPRÉSENTATION DU SPECTACLE

La plupart des patients disent que leur état de santé ne leur donnait pas envie de rire et encore moins de jouer la comédie même s'il est prouvé que le théâtre est une excellente thérapie. Toutefois, ceux qui acceptent de se soumettre à l'exercice du jeu dramatique admettent les vertus et les bienfaits psychothérapeutiques de la scène. La patiente Antiqui N. témoigne que le jeu dramatique lui a permis d'interpréter un autre rôle en incarnant une personne imaginaire à laquelle elle n'aurait jamais pensé. C'était pour elle l'occasion de sortir de sa propre vie, de sa réalité pour exprimer une autre vie et extérioriser des angoisses qui gênaient son épanouissement. *« C'était peu, le temps était court, mais c'était enrichissant et profitable »*, selon elle. Elle ajoute : *« Je n'avais jamais pensé auparavant qu'un jour je monterais sur une scène pour m'exprimer ainsi. Je n'étais plus moi-même et à un moment donné, j'ai bougé mon corps comme si ma maladie n'était plus là. J'ai tellement aimé de retrouver mon plaisir à la vie et de reprendre mon quotidien grâce au jeu dramatique ou jeu de rôles. »* En principe ce jeu demande une implication un peu forcée au départ, pour retrouver le goût du jeu au milieu du travail, car son côté ludique aide le patient à se distraire, à s'amuser et à se dérider durant la séance.

Le spectacle extériorise les ressentis des malades en public, devant leurs familles, leurs amis et leurs proches grâce au travail du comédien metteur en scène. Il ne suffit pas

uniquement d'exprimer des sentiments, mais aussi d'accepter de reprendre le traitement avec une bonne volonté manifeste. Le spectacle permet aussi au patient de comprendre que sa maladie n'est pas synonyme de bannissement et qu'elle peut toucher tout le monde. Le comédien cherche principalement à faire comprendre aux patients, sans influencer qui que ce soit, que le fait de prendre soin de soi est primordial et les amène à regarder leur état de santé avec un peu de sérénité. Témoigner la présence de sa maladie en public comme le cancer, le sida, l'Alzheimer, est un signe de non-acceptation ou plutôt de l'acceptation, voire du contrôle de ce qu'elle représente comme souffrances de la maladie et de ses souffrances. C'est justement pour aller dans ce sens que la directrice Colette Roumanoff de la Compagnie éponyme a eu l'idée de mettre en place une pièce de théâtre intitulée *La confusionite*, une pièce comique parlant ouvertement du sujet très sensible de la maladie d'Alzheimer. Ce spectacle plein d'humour et d'humanité a comme objectif d'accompagner son mari atteint de troubles de la maladie d'Alzheimer. Elle propose des ateliers et une représentation pour éviter les angoisses, le stress, les anxiétés, mais aussi pour développer l'épanouissement des patients à travers la médiation et l'expression artistico-dramatique.

Cette même pièce aide aussi à la préparation et à la formation des futurs médecins non seulement dans la relation médecin-patient, mais aussi dans leurs attitudes, leurs comportements et leurs agissements.

1) La planification du traitement envisagé dans la représentation du spectacle

Le plan du traitement en art dramatique et/ou dans la représentation comprend une finalité, des principes, des buts du traitement et des objectifs thérapeutiques. L'idée générale se centre sur un objectif de la thérapie en étude transactionnelle – personnelle ou collective –, portant sur la réalisation de changements de comportements et d'attitudes que le patient désire réaliser ou accomplir. Colette Roumanoff a réalisé cette représentation parce qu'elle prévoyait un changement de comportement, mais aussi parce qu'elle désirait accomplir les principaux objectifs du traitement identiques au changement que souhaitait son mari. C'est par la présence de son consentement que sa volonté a été retenue.

Ici apparaît un premier désir transcendé par la pensée d'une femme révolutionnaire, rebelle ou d'une épouse analyste et critique. Son planning met en avant les désirs qui peuvent être possibles et écarte ceux qui ne le sont pas. Elle précise, dans un système d'orientation, les buts et les objectifs du traitement qui méritent d'être améliorés en composant avec la réalité. C'est pourquoi cette représentation spécifique détermine comment et dans quelles conditions le comédien rééducateur, avec la participation du patient, va atteindre les objectifs et les buts du traitement envisagés dans l'œuvre finale – le spectacle.

Le plan met en avant des méthodes d'intervention visant à offrir une aide très adaptée afin d'accompagner le mari – le malade –, pour éviter un épuisement total et afin de pouvoir aussi prendre soin d'elle et avoir un temps de repos. Dans un deuxième temps, le but c'est d'aider le mari à reprendre ses activités quotidiennes avec une large autonomie. La gestion des problèmes liés à l'autonomie de soi est automatiquement traitée avec les problèmes relationnels du couple. Une fois que le planning de traitement est déjà établi, l'équipe interdisciplinaire de soins, avec le comédien-rééducateur, met en place des mesures protectrices. Il n'y a pas de mesures de soins artistiques sans une protection des participants,

surtout dans les analyses transactionnelles. C'est justement dans cette phase de protection et de sécurité fondamentale que le patient arrivera à s'investir et à développer son individualité.

a) La décontamination : application des techniques thérapeutiques et du traitement envisagé

La décontamination a pour principe des valeurs permettant au malade d'envisager une phase de correction de ses croyances et de ses imaginations à propos du réel. Elle se focalise sur l'intervention thérapeutique et opère une progression judicieuse visant à la décontamination de l'état du moi, à la mobilisation des comportements et à la réutilisation des relations parents-enfants ou maris et femmes.

La décontamination connaît huit techniques thérapeutiques réparties en deux groupes : la confrontation, la spécification, l'interrogation et l'exploitation dans le premier groupe ; et dans le deuxième, l'illustration, l'interprétation, la confirmation et la cristallisation. Les activités du premier groupe s'exercent généralement dans la vie professionnelle du patient et le deuxième groupe concerne surtout son domaine psychothérapeutique. Le rôle de l'interrogation est d'obtenir des informations permettant d'intervenir très rapidement, de façon très efficace, lors de l'expérimentation thérapeutique en public. Comment est-il possible d'aider le malade ? C'est à partir de techniques de spécifications qu'une ou des interventions initiées par le comédien maître du jeu vont permettre une certaine extériorisation des informations du patient. Par exemple une expérimentation dirigée par Marie-José Mandi : *« Vous m'avez dit tout à l'heure que, petite, votre maman prenait soin de vous si vous étiez malade ! La confrontation est une intervention dont le but est d'aider le client à réinvestir un état du moi momentanément contaminé ou exclu et d'éviter une escalade dans un jeu psychologique. Cette opération doit, pour être efficace, être réalisée avec puissance et à partir d'une position de vie. Berne (1983) définit la puissance comme la capacité d'un thérapeute à confronter son patient.*

Vous êtes fâchée avec votre mari ! Et quand vous êtes fâchée, alors vous vous obligez à rester dans votre lit ? Le thérapeute donne au patient une explication sur ce qu'il pense par rapport à ce qui est en train de se produire, ceci pour décontaminer et renforcer l'état du moi Adulte afin de susciter l'intérêt et la curiosité de l'Enfant libre. Quand vous êtes en colère, vous restez dans votre lit et vous semblez ne plus pouvoir être active. Un peu comme si vous n'aviez pas le droit d'être en colère. L'illustration a pour but d'établir et/ou de renforcer une alliance avec l'état du moi Enfant du client à la suite d'une confrontation et d'une explication qui ont été entendues. Vous savez, pour ma part, quand je suis fâchée avec quelqu'un, j'ai besoin de mon corps pour m'exprimer. Regardez une petite fille en colère, elle ne reste pas dans son lit, elle fait tout autre chose pour se faire entendre. »¹²⁸¹

Dans ce cas, le comédien en charge de soins thérapeutiques utilisera la technique de confirmation, c'est-à-dire lorsqu'il repère un comportement fréquent ou répétitif chez le patient, il va essayer de confronter à nouveau certains éléments scénaristiques utilisés auparavant pour d'autres études de confrontation. Revenons à la suite du même exemple : *« Je sais, Madame, que votre manière de vous mettre en colère c'est de garder le lit. Je vous*

¹²⁸¹ Les Cahiers de l'ÉESP, « Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie », sous la direction de de Marie-José MANDI, Haute école de travail social et de la santé – école d'études sociales et pédagogiques ÉESP-Vaud, 2005, Les Cahiers de l'ÉESP, ch., des Abeilles 14, CH-1010 Lausanne, p. 178, s.

propose pourtant de me suivre à la salle de bains et de m'expliquer ce qui vous met en colère, si vous le voulez bien. L'interprétation vise non plus à établir une alliance, tout en faisant un travail de décontamination de l'Adulte comme avec les six premières opérations, mais une déconfusion de l'Enfant. Le thérapeute choisit de donner une interprétation qui permettra la déconfusion de l'Enfant en lui apportant un éclairage sur les liens existant entre la problématique actuelle et les décisions prises lors de la construction du scénario. Au vu de ce que vous m'avez dit, j'imagine que lorsque vous étiez enfant, vous n'aviez pas vraiment le choix pour exprimer vos besoins. Votre entourage ne semblait vous entendre que lorsque vous étiez malade et alité. Il semble qu'aujourd'hui, vous revivez cela. »¹²⁸²

Dans ce cas, la méthode de cristallisation interviendra pour mettre en évidence l'ensemble des possibilités de choix du patient qui se trouve face à de nouvelles possibilités bien sûr, différentes de celles choisies lors de la création et de la construction du scénario. C'est justement dans cette phase d'engagement que le patient va s'autoriser à se positionner dans la voie du changement. Le directeur du jeu proposera au malade une autre manière de faire les choses en lui demandant toujours son avis. « *Ça vous intéresse que je vous propose une autre façon de faire ?* » En principe, le médecin propose les objectifs et les activités à réaliser et le comédien-psychothérapeute envisage ou exerce les décisions scénaristiques susceptibles de provoquer un changement tant sur l'intrapsychique que sur le structural.

b) Le choix du comédien de passer à la reprogrammation¹²⁸³ du patient

La reprogrammation entre dans le cadre des aménagements du spectacle, car les analyses sur les sentiments parasites et les douleurs empêchant l'épanouissement du malade. L'analyse du sketch et les études structurales permettront d'expliquer comment la décision du scénario est prise. En outre, la reprogrammation est une technique de reconstruction et de reconsidération du projet de vie du patient par rapport à son niveau de rétablissement personnel et d'autonomie de soi. La reprogrammation, tout comme la programmation, suit tout un processus d'étude avant d'être engagée. Elle vise l'état du moi de la période Enfant de la personne en question et son état du moi de la période Adulte décontaminée. Dans ces conditions, le comédien donne au patient le choix de repenser autrement, de se sentir différent et de « *se comporter différemment de ce qu'elle a pu décider en étant toute petite.* »¹²⁸⁴ Cette re-décision vise justement deux aspects, d'une part, les sentiments de l'Enfant et, d'autre part, la pensée de l'Adulte examiné. Toutefois, il faut rappeler que la reprogrammation est une technique de la psychothérapie reprise en dramathérapie par plusieurs spécialistes du théâtre. Néanmoins, en dramathérapie cette technique s'utilise de façon différente surtout en situation d'activité. Par exemple : « *Par certaines activités, le patient peut toucher une scène ancienne à l'origine d'une décision scénaristique. L'activité peut devenir ainsi une expérience correctrice et permettre au patient de sentir, penser et se comporter différemment durant l'activité.* »¹²⁸⁵

¹²⁸² *Ibid.*, p. 180.

¹²⁸³ La reprogrammation et la re-décision ont la même signification dans plusieurs techniques d'art-thérapie comme le dramathérapie et la psychothérapie. Elle désignent l'ensemble des processus artistiques permettant la réactivation et la réorientation permanente du développement de l'individu.

¹²⁸⁴ Les Cahiers de l'ÉESP, « *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* », sous la direction de de Marie-Josè MANDI, *op. cit.*, p. 181.

¹²⁸⁵ *Ibid.*

L'avantage de cette pratique est que le patient arrive lui-même à comprendre que le fait de reprendre sa décision – la re-décision –, rend plus scéniques de nouveaux actes et ils sont plus conscients. Sa nouvelle décision peut justement l'amener à décider de dire ce qui l'empêche de s'exprimer et la raison de ses colères face aux membres de sa famille par exemple. Il peut notamment prendre peu à peu conscience de son schéma habituel et développer ses activités quotidiennes. D'autres avantages sont aussi possibles lorsque le patient revit un scénario ancien et que le comédien l'aide alors à revenir dans son présent et lui explique le pourquoi de son choix, surtout quand il s'agit de ne pas reprendre la même décision, c'est-à-dire de ne pas refaire les mêmes actes, les mêmes mouvements ou les actions qui étaient formulées au départ de ce scénario. Certains spécialistes utilisent la représentation du spectacle comme un moyen de reprogrammation et prolongent la période de travail afin que le patient améliore le sens de sa nouvelle décision et en comprenne les éventuels enjeux.

La collaboration entre psychothérapeute et dramaturge favorise la mise en situation de la re-décision du patient, car leurs activités ont pour fonction principale d'aider et de favoriser la prise de décision nouvelle qui lie directement le présent au passé tout comme la réalité à l'imaginaire ou aux fantasmes. Ils aident et accompagnent le malade, tous les deux, dans chaque étape d'une re-décision en le soutenant et en validant chaque processus engagé.

2) Les effets de la mise en scène

Tout d'abord, il est utile de rappeler un détail très important dans la mise en scène de chaque spectacle : tour à tour, chaque patient met en valeur son texte en procédant à sa mise en scène, aidé bien sûr par le metteur en scène chargé du projet et avec la contribution des autres participants et comédiens qui vont jouer avec lui et pour lui. Ils vont l'aider à trouver très rapidement une traduction scénique de son texte, avec d'éventuelles résonances et répercussions. Le metteur en scène aide évidemment l'auteur de la pièce à atteindre ses objectifs tout en gardant un bon équilibre entre le respect des souhaits, les suggestions, les sentiments et les émotions. Cela ne veut pas dire que les participants n'ont pas droit de proposer ou de décider, mais ils participent en suggérant d'éventuelles alternatives ou d'autres façons de redire la même phrase.

Les effets de la mise en scène dans le jeu d'acteur ne se limitent pas aux paroles ni aux actions physiques ou chorégraphiques des acteurs, mais ils vont jusqu'à l'accueil du public à l'entrée, aux lumières, aux décors, aux costumes et à la musique ainsi qu'à la sortie de la salle du spectacle. La réussite de la mise en scène dépend d'un cocktail ou d'une fusion de plusieurs éléments pour atteindre les objectifs fixés par le projet de représentation du spectacle. La Compagnie En Carton expérimentait ce cas concret pour montrer un exemple sur les effets de la mise en scène : *« Marie Astier, atteinte d'une maladie génétique diagnostiquée à dix-huit mois, dialysée puis transplantée rénale en 2005, connaît l'hôpital "par cœur". Elle a eu envie de faire de sa propre expérience le matériau d'une création artistique, en s'entourant de deux membres de sa Compagnie. Chacun a mis ses compétences au service d'un spectacle original. Hosto dédramatise la vision commune de l'hôpital en l'évoquant avec simplicité, en multipliant les angles d'approche pour montrer sa diversité. Hosto ne suit pas de trame narrative, car son propos n'est pas de "raconter" l'histoire d'un personnage, mais celle d'un lieu, du point de vue du patient. Le spectacle se compose d'une*

série de saynètes, certaines sans paroles : le corps, dans un lieu où il est souvent empêché, est parfois le seul à s'exprimer. Dans Hosto, le (sou)rire a un statut singulier : le spectateur reconnaît une situation bien réelle et apprécie le décalage amené par le jeu. L'expérience de l'hôpital est passée au crible de la créativité. L'hôpital est le matériau d'une création artistique avec ce que cela présuppose de prise de distance voire de liberté. »¹²⁸⁶

Cependant, les grands spécialistes de cette pratique répartissent les conséquences de l'art dramatique ou de la mise en scène en général dans les établissements de santé, en deux grandes parties : l'avant-spectacle et l'après-spectacle.

a) Que se passe-t-il dans la salle de spectacle avant la représentation du scénario ?

Il se passe effectivement beaucoup de choses. D'abord l'accueil du public ou des spectateurs. Avant le commencement de la pièce, le public commence à s'installer dans le lieu de la représentation. Ce temps d'accueil est systématiquement organisé de façon différente, selon le thème et le choix de l'auteur ou du groupe de travail. Il peut être géré soit par les patients eux-mêmes ou leurs familles, soit par l'équipe de soins ou l'administration centrale de l'hôpital avec l'accord des participants. Ariane Richard-Bossez, Sylvia Girel et Fanny Broyelle montrent dans l'un de leurs articles que : *« Ce temps d'accueil a pour fonction d'assurer les meilleures conditions pour le déroulement du spectacle et mobilise souvent plusieurs personnes. Il concerne les conditions les plus matérielles : déposer son manteau ou passer aux toilettes. Mais il est également une sorte d'introduction au spectacle lui-même où est expliqué ce qu'il y a d'important à savoir pour saisir ce qui se déroulera sur scène. Ainsi avant le spectacle destiné aux enfants de 6-10 ans et basé sur la transposition de l'histoire du Petit Poucet, le conte est rappelé tout en expliquant qu'il s'agit d'une "adaptation", c'est-à-dire que "ça ressemble beaucoup, mais ce n'est pas la même histoire", des sources de malentendus sont explicitées : "Écoutez même si vous ne comprenez pas tout à chaque fois, regardez aussi les objets qui vont raconter des choses.", "On montre la forêt, mais d'une façon différente que dans la vraie vie..." L'enjeu est ici de créer des conditions et circonstances favorables à la réception, le principe d'indétermination évoqué plus haut pouvant conduire à une expérience esthétique, mais tout autant à de l'incompréhension, à une expérience de dissatisfaction. »¹²⁸⁷* C'est une forme de prologue dont le public bénéficie avant que la vraie histoire ne commence.

Pendant ce temps, le public apprend les règles de conduite qui parfois sont exposées devant l'entrée ainsi que les codes du théâtre. Il est tenu de comprendre que les acteurs ne sont pas des professionnels ni des personnes en bonne santé. Par conséquent, un petit bruit mal placé peut gêner ou déséquilibrer les acteurs. C'est pourquoi il ne doit applaudir qu'à la fin du spectacle s'il est satisfait. Il n'y a pas d'obligation sur ce point. En revanche, il doit être sage, garder son sens de l'écoute, ne pas faire de bruit, éteindre les téléphones ou les mettre en mode silence et éviter d'anticiper le texte des acteurs s'il le connaît déjà. Les enfants constituent un cas particulier. *« Pour les spectacles des moins de six ans, ce temps d'accueil*

¹²⁸⁶ La Compagnie En Carton, « *Hosto, un regard d'Impatient sur l'hôpital !* », article publié sur le site : www.66millionsdimpatients.org , consulté le 12 février 2019.

¹²⁸⁷ Ariane RICHARD-BOSSEZ, Sylvia GIREL et Fanny BROUELLE, « *La réception du théâtre par le jeune public* », *Terrains/Théories* [En ligne], 7 | 2017, mis en ligne le 22 décembre 2017, consulté le 13 février 2019. URL : <http://journals.openedition.org/teth/996> ; DOI : 10.4000/teth.996.

est plus court et davantage centré sur l'explicitation du comportement attendu : "On va ouvrir grand les yeux et les oreilles." C'est également l'occasion pour les autres adultes présents de rappeler ces règles, mais souvent de manière plus ferme : "On va couper les langues avant de rentrer.", "Vous vous rappelez des règles !", "Chut, on écoute et on se tait." »¹²⁸⁸

L'entrée des spectateurs est marquée par deux choses : lorsque le spectacle est destiné à des groupes, il n'y a pas de tickets à l'entrée, mais lorsqu'il est destiné à des familles, c'est-à-dire à un public familial, celui-ci rentre dans le rituel du spectacle qui consiste à présenter un ticket à l'entrée.

Après avoir installé le public dans la salle, l'atmosphère change avec une ambiance de stress. Le public a hâte que le rideau soit levé pour commencer à assister au spectacle. En général, le niveau de l'ambiance préfigure la qualité du spectacle lui-même et le niveau de maîtrise des règles du spectacle par le public.

Sur la scène, le décor est déjà en place, les acteurs sont aussi dans leur positionnement, la musique est présente et la lumière commence à baisser petit à petit, en douceur, la voix du public se met aux chuchotements et le silence se fait.

« Les plus jeunes, pour qui l'expérience du spectacle vivant est peut-être une première, ressentent cette ambiance comme une rupture par rapport aux temps précédents, amenant des sentiments souvent mêlés d'inquiétude. C'est le cas de cette petite fille qui, quand la lumière baisse et que la musique commence au début de la représentation, se tourne vers sa mère et lui dit "j'ai peur" ou d'enfants en bas âge qui se mettent à pleurer dès le début de la représentation. Mais pour d'autres, plus habitués, cela peut aussi être au contraire la reconnaissance d'un moment prometteur de joie, comme cet enfant de crèche s'écriant dès son entrée dans la salle "c'est le spectacle !", assimilant le lieu et la représentation en elle-même comme étant "le spectacle". »¹²⁸⁹

L'ambiance varie selon le public et ce dernier prend de l'ampleur selon les acteurs et la qualité du scénario. Si les comédiens travaillent en groupe dans une représentation destinée aux enfants, l'ambiance est plus faible que si le travail est destiné aux adultes ou à un public mixte.

Dans ce moment d'échange, le trac peut aussi toucher certains acteurs qui n'ont jamais joué et cette première fois leur apparaît comme une parfaite expérience pour gérer leur stress, leur voix et leur souffle devant le public. Ils cherchent à se rappeler et à répéter maintes fois leurs premières phrases. Ils cherchent justement à ne pas rater la cible à l'information en maîtrisant leurs gestes, leurs chorégraphies, leurs répliques et la gestion de l'espace scénique. Ils veulent à tout prix impressionner le spectateur-voyeur, neutraliser certaines réactions inattendues ou inappropriées, mais aussi les effets de surprise du public novice ou de tout inconnu susceptible de produire simultanément des situations étranges gênant la continuité du spectacle. Le groupe de travail ou chaque participant explore tout ce qu'il a acquis lors des ateliers d'apprentissage et il veut donner le meilleur et être efficace durant toute la pièce – la représentation.

¹²⁸⁸ *Ibid.*

¹²⁸⁹ *Ibid.*

b) Que se passe-t-il après la représentation du scénario ?

L'après-spectacle dépend forcément de la chaleur qui a été véhiculée par les messages portés sur scène par les acteurs. Autrement dit, l'expression des émotions ressenties et manifestées par le public dépend de la manière dont il les a reçues précisément dans l'immédiateté du spectacle. La proposition artistico-dramatique qui leur est faite doit absolument toucher sa sensibilité pour qu'il éprouve des sentiments et fasse ressortir largement ses émotions. Il a été expliqué précédemment que les émotions du spectateur peuvent même commencer dès l'entrée dans la salle de spectacle et, au cours du jeu de rôles, la peur peut être liée à des moments de tensions ou de détentions. Par exemple, lorsque l'acteur fait un geste en crispant le visage pour montrer une peur envers quelque chose ou une douleur sur le corps. L'émotion est visible lorsqu'un son très fort retentit dans le lieu de la représentation, comme un cri, une voix peureuse, un objet qui tombe ou bien même le son d'une vibration envoyée par le régisseur. Ce genre de bruit déstabilise le public et surtout les enfants qui mettent la tête dans leur bras pour se cacher ou qui s'approchent de leurs parents pour y trouver refuge.

Au-delà des impressions sensorielles et des émotions manifestées pendant le spectacle, le public saisit l'idée de ce que les comédiens lui proposent. Une première intention est le degré de concentration du public considéré comme le reflet ou la conséquence d'une activité interne intense, signe d'une implication plus ou moins forte du public dans la représentation et dans le sens qu'il y découvre.

Quand les lumières se rallument dans la salle, une autre ère se dévoile tant pour les acteurs que pour le spectateur-voyeur. Quelle que soit la tranche d'âge ciblée par la représentation, la fin de l'événement surprend le public et l'arrivée de la lumière donne le départ des applaudissements. Dans le même article d'Ariane Richard-Bossez, Sylvia Girel et Fanny Broyelle il est expliqué que : « *Ce sont souvent les adultes, voire quelques membres de l'équipe du théâtre, qui commencent à applaudir avant que des enfants se joignent à eux. Après les applaudissements et les saluts, il n'est pas rare non plus que personne ne se lève. Pour certains cependant, la fin du spectacle peut être vécue comme un soulagement, comme pour cet enfant, inquiet tout au long du spectacle, qui dit tout haut, visiblement soulagé, "et c'est fin, fin de l'histoire !" »*¹²⁹⁰, et d'autres manifestent un sentiment de regret, car ils voulaient que le spectacle continue encore et encore.

Pour une représentation destinée à un public très jeune, la fin du spectacle fait partie du jeu, elle se produit de façon progressive en commençant par diminuer le son ou la musique, la lumière et après la fin de la pièce. Le metteur en scène paraît en public et prend la parole pour présenter ses acteurs et l'ensemble de l'équipe participant au projet.

La réaction du public ne se limite pas là, car après le spectacle, certains metteurs en scène permettent au public, surtout quand il s'agit des enfants, de venir toucher les objets posés sur la scène. Là, la réaction des enfants n'est pas aussi immédiate. Dans la plupart des cas, les accompagnateurs cherchent à les encourager à monter sur scène afin qu'ils comprennent la réalité du décor. De façon surprenante, ce moment devient petit à petit festif, car les enfants apprécient les objets et bénéficient aussi d'une phase d'échanges entre les

¹²⁹⁰ *Ibid.*

acteurs et le metteur en scène. Même les personnes adultes y participent pour mieux comprendre et être plus près de ce qui s'est passé sur la scène en posant des questions. Ce temps est défini comme le moment de transition entre le jeu de rôle et le retour à la réalité – au quotidien. « *Lors des spectacles en groupe, la sortie de la salle sonne souvent le retour à un fonctionnement plus ordinaire : se calmer, se mettre en rang avant de repartir. Lors des séances plus familiales, en revanche, ce temps de la sortie s'étire, certains parents discutent entre eux, les enfants prennent leur goûter... permettant une transition plus en douceur avec le retour au quotidien.* »¹²⁹¹

Les patients acteurs se sentent soulagés d'avoir tenu le coup jusqu'à la fin de la représentation et de retrouver leurs familles pour partager ce moment.

C'est justement à ce moment-là que les critiques et les recommandations vont surgir. La réaction du public va porter sur le côté pratique de l'art d'une part, et, d'autre part, sur la réalisation du scénario, mais aussi sur la manière dont les patients ont joué leurs personnages.

PARAGRAPHE 2 - OBSERVATIONS

Tout d'abord, le public évoqué ici est fortement dominé par les hospitalisés, enfants et adultes, mais il y a aussi la présence des membres de leurs familles et quelques personnes intéressées vivant à proximité des hôpitaux. Les patients qui jouent sur la scène ne seront certainement pas les seuls à bénéficier des bienfaits du théâtre.

L'observation effectuée ici ne commence pas à l'instant de la représentation sur scène, mais plutôt bien avant la prise de décision du thème du scénario à mettre en place, comme il a été démontré au début de cette recherche. Dans cette partie au contraire, l'observation se concentre sur le temps de jeu sur scène et après la sortie de la salle de spectacle.

Le temps de jeu des acteurs est peu évoqué dans la littérature des spécialistes de ce domaine. C'est durant ce moment que le maître des ateliers va concentrer son attention, car c'est ici que son travail va se conclure. Il va chercher à savoir si la conception du scénario était pertinente et représentait une valeur appropriée au public ciblé d'une part, et, d'autre part, si les horizons d'attentes de l'exercice, de l'œuvre finale également ont rencontré son nouveau et jeune public. Les professionnels expliquent que, dans la majorité des spectacles, l'attention du public suit ou évolue en fonction du déroulement du scénario, « *devenant plus forte aux moments clés de la narration et de la mise en scène (souvent les mêmes d'une représentation à l'autre), se relâchant ensuite pour reprendre un peu plus tard. Mais il arrive également que des moments d'attention intense, de fusion du public avec le spectacle en cours se réalisent. Ces moments sont repérables à la qualité du silence, à la concentration forte, aux bouches restant entrouvertes, aux visages tendus vers ce qui se déroule sur scène...* »¹²⁹²

Il est indispensable de préciser que la plupart du temps, le public garde à ce moment-là une autre image de la représentation qui le renvoie à la frontière du vraisemblable entre le réel et l'imaginaire. Il se trouve que ces deux éléments provoquent des effets différents selon le public cible. La façon dont les membres des familles reçoivent l'information en tant que spectateur ou accompagnateur se différencie de celle des patients hospitalisés présents à la représentation, surtout si le thème travaillé les touche directement ou indirectement. Chez les

¹²⁹¹ *Ibid.*

¹²⁹² *Ibid.*

plus jeunes, la réaction peut être très imitative, comme remonter sur scène pour imiter les acteurs. Les autres, en étant dans leur fauteuil roulant, manifestent des réactions où domine un sentiment désolant de ne pas pouvoir être à la place des acteurs et jouer comme eux. Les patients qui ont des fauteuils roulants participent de moins en moins à la réalisation et aux représentations des spectacles. *« Chez les enfants plus âgés, cette frontière floue entre fiction et réalité se perçoit différemment, notamment par les regards qui suivent une action censée être fictive : enfants levant les yeux vers le plafond quand la comédienne parle d'étoiles, regards s'orientant vers le fond de la salle quand il est question d'un loup, enfants qui se lèvent pour tenter de voir ce qu'il y a dans une trappe ouverte sur scène. C'est aussi le cas quand le personnage se demande à voix haute "est-ce que je peux les abandonner ?" en parlant de ses frères et qu'une fille inquiète répond plusieurs fois "non !" »*¹²⁹³ La perception des enfants sur ce qui se passe sur scène se distingue également de ce que manifestent d'autres enfants qui réagissent en s'exprimant par un langage gestuel fondé sur l'imitation. *« On peut ainsi observer des enfants qui imitent les gestes des acteurs, comme ce jeune garçon qui se lève au moment où l'actrice jette des feuilles en l'air et imite ce geste tout en disant "youh." Ce mimétisme s'observe aussi par la répétition de mots reconnus par les enfants. Quand la comédienne parle de "machine à vent, machine à feuilles", un tout-petit répète "à feuilles.". Un peu plus tard, un autre enfant répète le mot "octobre", un autre "blanc" ou encore "des étoiles filantes." »*¹²⁹⁴ Ces termes sont évoqués dans certaines répliques de la pièce par la comédienne.

Dans cette partie d'observations, il y a encore un élément important qui influence la perception de l'information que les acteurs utilisent sur scène. Il s'agit du répertoire ou du registre de langage utilisé et perçu par le spectateur comme un outil sensible pour la transmission de l'humour du jeu de rôles. Des expressions provoquent facilement des rires ou stimulent des émotions dans la salle. La valeur du langage de l'acteur se distingue aussi par sa gestuelle comme il a été indiqué : *« Le sens des paroles des acteurs est également perceptible à d'autres réactions : l'interjection "anh !" quand l'actrice évoque un ogre ou qu'elle explique que les personnages sont perdus dans la forêt. Quand l'artiste sur scène se sert une tasse de thé, un enfant de maternelle dit "il fait du thé." Pour les plus grands, la signification est également une source de questionnements. Quand l'actrice jette des feuilles en l'air, un enfant demande tout haut "mais pourquoi ?" ou quand le personnage s'éloigne à la fin du spectacle un autre demande "mais elle va où ?" »*¹²⁹⁵

D'autres questionnements peuvent dépasser le niveau d'observation au sens propre et s'orientent vers un autre angle comme celui d'une méta réflexion qui se porte davantage vers le choix de la mise en scène ou celui des acteurs ou de l'auteur. Ainsi le public s'intéresse aux procédés de la mise en scène en posant des questions et en faisant des commentaires en cours de représentation et après le spectacle, et il cherche à trouver des réponses auprès du metteur en scène. De ce fait, à titre d'exemple, le jeune public ou les enfants d'âge moyen *« posent des questions uniquement sur la "fabrique du spectacle" : "Est-ce que c'était des vrais habits ou des déguisements ?", "Si c'était des vrais habits, comment elles vont faire pour sortir parce qu'elles sont toutes salies avec la poussière ?", "Pourquoi c'est une fille et pas un garçon [le*

¹²⁹³ Ibid.

¹²⁹⁴ Ibid.

¹²⁹⁵ Ibid.

personnage principal] ?". Lors d'un autre spectacle, ce sont des enfants de grande section (5-6 ans) qui posent des questions à l'artiste : "Pourquoi y a pas d'autres [acteurs] qui font le spectacle ?", "Pourquoi le parapluie il a des feuilles ?", "Y a beaucoup de feuilles par terre, pourquoi ?", "C'est vous qui l'a appris le spectacle ?", "Le texte il est dans un livre ou dans un ordinateur ?", "Comment elle a fait pour faire voler les feuilles ?" »

Parmi les questions qui ont attiré l'attention de cette recherche au cours d'une autre expérimentation similaire à celle-ci, il y a celles des enfants qui cherchaient à savoir si la seringue utilisée par le comédien était une vraie et si l'aiguille a vraiment piqué le patient. « *Pourquoi la piqûre était très grande ?* », « *C'est vrai ça lui faisait du mal.* », « *J'espère que le médecin ne va pas utiliser la même pour mes soins de demain.* », « *Pourquoi il pleurait le pauvre ?* » Dans ce type de questions, le sentiment de peur des patients apparaît et dépasse la qualité du public voyeur, car ils cherchent à assimiler ce qu'ils ont vu à ce qu'ils vont avoir le soir ou le lendemain matin pour certains.

AJ LES ATTENTES DU MÉTISSAGE DE CES DEUX CULTURES

Qu'attendent les médecins de ce métissage entre l'art dramatique et la culture médicale ? Quelle est la valeur d'une représentation d'un spectacle pluridisciplinaire ?

Cette partie permet justement d'apporter des éléments pour mieux comprendre et saisir ce moment d'échange, de réception et d'investissement. C'est indubitablement le cas des réceptions attachées aux sensations ou aux perceptions sensorielles. Les artistes utilisent le théâtre comme moyen d'information, d'apprentissage et de soin, parce que : « *Les perceptions visuelles sont ainsi souvent des éléments qui captent l'attention des jeunes spectateurs. Des effets de mise en scène (lumière qui s'allume dans une cabane, volutes de poudre ou feuilles lancées par un acteur, lumières stroboscopiques...) attirent ainsi particulièrement l'attention des jeunes spectateurs, semblant leur faire oublier ce que font ou disent les acteurs en parallèle. Ces moments déclenchent de fortes réactions chez les jeunes spectateurs qui montrent leur surprise ou leur joie. Ce sont des moments du spectacle qui ressortent fortement dans les commentaires spontanés des enfants après la représentation.* »¹²⁹⁶

Dans ce travail colossal, l'intervention de l'ouïe est encore demandée et même souhaitée pour capter et attirer l'attention du public-voyeur. Dès que les cris, les chants et les musiques se font entendre, le corps se sent touché par l'invisible et il se met à bouger, à danser en suivant le rythme. D'autres sons peuvent immobiliser le corps de celui qui les entend. « *Les autres bruits qui accompagnent le spectacle comme des coups de sifflet, des bruits d'objets tombant au sol provoquent aussi des réactions fortes (sursaut, obstruction des oreilles avec les mains...).* Certains moments des spectacles basés sur des effets sonores (versement avec un arrosoir de semoule dans plusieurs contenants produisant des sons différents, utilisation de son corps comme boîte à rythmes provoquant des sonorités variées par un des comédiens) sont parmi ceux où l'attention des enfants, notamment de crèche et de maternelle, est la plus forte. Les changements de voix, de rythmes, la musique jouée sur scène... sont autant de moments particulièrement remarquables par les enfants. Certaines onomatopées sont répétées avec un plaisir évident. Ces moments sont ceux qui ressortent le

¹²⁹⁶ Ibid.

plus dans les discours a posteriori des enfants, montrant l'importance pour ce public en particulier d'avoir des points d'ancrage de l'attention très concrets et que chacun est en mesure de capter, quelle que soit son expérience du théâtre, quelle que soit sa compréhension de la situation. »¹²⁹⁷

Il est également proposé de travailler le sens du toucher, même si cela prend des formes très particulières et, de façon indirecte lors de la représentation publique. Le toucher peut influencer la conscience de chacun et provoquer des réactions inattendues. « *Les jeunes spectateurs réagissent particulièrement quand les acteurs sur scène manipulent certaines matières. Ainsi, quand une comédienne s'enduit le corps et les vêtements de cendres, des cris de dégoût et de réprobation se font entendre. De la même manière, quand l'actrice creuse la terre à mains nues, cela provoque de nombreux commentaires surpris et dégoûtés. Avec les spectateurs les plus jeunes, cela s'exprime plus directement en cherchant à toucher les objets qui sont sur scène à proximité du public, comme cet enfant qui se saisit des récipients dans lesquels l'actrice a versé de la semoule qu'il se met à manipuler à son tour. »¹²⁹⁸*

Ce métissage est également un élément capable d'associer les sentiments formulés, exprimés et manifestés par les acteurs sur scène avec ceux du public voyeur, quel que soit le niveau d'âge. C'est également le cas lorsqu'un acteur exprime la panique sur tel ou tel événement, le regard du public se fait alors inquiet, agité et même angoissé. « *La crainte des jeunes spectateurs se perçoit aussi quand la mise en scène laisse planer un doute sur ce qui va advenir. Par exemple, quand un chemin de lumière apparaît pour symboliser le parcours des personnages de l'histoire, une petite fille suit du regard ce chemin lumineux et, montrant la direction prise, dit à sa mère "j'ai peur là." Enfin, ces émotions peuvent également se saisir au moment où elles se dissipent quand la situation se dénoue et que le soulagement se lit sur les visages et dans le relâchement des corps. Cette peur peut amener certains enfants à vouloir mettre fin à une situation qui leur est difficile en demandant explicitement "je veux partir" ou en pleurant et en montrant la porte ou en déclarant "veux pas !" pour les plus jeunes. »¹²⁹⁹*

Quand le jeu de rôles parle de la maladie, la surprise constitue une autre émotion très fréquente et quasiment présente durant toute la représentation du spectacle. En général, elle est la conséquence des effets ou des résultats de la mise en scène. Tout ce qui se passe dans le scénario est susceptible d'être bien calculé dans les moindres détails. Par exemple : « *Un rideau qui se lève pour délimiter une maison imaginaire qui amène des "oh !" d'étonnement, un pot qui tombe brutalement qui fait sursauter les enfants, des "ah !" admiratifs quand un parapluie orné de feuilles s'ouvre. Cet étonnement se donne également à voir dans les moments où les jeunes spectateurs restent bouche bée face à ce qui se passe sur la scène. Cet étonnement suscite parfois des questionnements, comme lorsque des ombres chinoises apparaissent sur un drap amenant une fille à demander à sa mère "pourquoi ça fait ça ?" »¹³⁰⁰*

Dans ces attentes, il n'y a pas que les sentiments de peur, il y a également des moments de rire où la joie et le plaisir se manifestent chez le spectateur. Il y a plusieurs manières d'exprimer les émotions dans ce temps bien précis et elles se manifestent

¹²⁹⁷ Ibid.

¹²⁹⁸ Ibid.

¹²⁹⁹ Ibid.

¹³⁰⁰ Ibid.

« fréquemment par des rires qui apparaissent sans qu'un effet comique les ait provoqués, mais bien comme l'expression du plaisir ressenti. Ces moments peuvent amener d'autres enfants à être surpris ou à avoir peur; certains se mettent même à rire tout en expliquant "ça fait peur !" Ce plaisir s'exprime encore plus clairement par exemple quand une petite fille se met à applaudir au cours de la représentation ou qu'un autre crie "bravo !" lorsque l'actrice lance des feuilles, ou encore quand un des jeunes spectateurs s'exclame au beau milieu de la représentation "c'est bien le spectacle !" »¹³⁰¹

Les médecins et les comédiens savent que le jeu de rôles est capable de motiver d'autres sentiments au cours du spectacle comme le sentiment du « beau ». C'est le cas quand le spectateur voit le rideau qui se lève et que les lumières éclairent la scène, le plaisir de voir le commencement du spectacle est inexprimable. Quelquefois, les patients oublient qu'ils sont les cibles de la représentation qui est destinée à provoquer un changement de comportements ou à les inciter à reprendre leurs traitements.

1) La valeur escomptée

Il n'y a pas de représentations théâtrales sans objectifs fixés dès le départ. La médiation théâtrale prévoit dans ses objectifs une réception qui se construit petit à petit dans une phase d'échanges entre l'équipe de soins et les patients acteurs d'une part, et, d'autre part, entre ceux qui jouent et ceux qui regardent. Il y a donc des réceptions de spectacles par le spectateur qui sont loin d'être une réception individuelle ou personnalisée. Elles sont au contraire des réceptions d'échanges impliquant non seulement les patients adultes, les enfants, mais aussi leurs parents et leurs proches qui les accompagnent. Ce climat de partage témoigne de la volonté de chacun de vouloir échanger avec autrui les sentiments, les impressions et les émotions ressenties d'une part, et, d'autre part, les dimensions interactives de la réception de la représentation du spectacle. *« Quand les enfants viennent au spectacle en groupe, les échanges les plus nombreux se déroulent entre pairs. Tel groupe d'enfants discute d'une scène en train de se dérouler; tel enfant montre ce qui se passe sur la scène en chuchotant des commentaires à l'oreille de son voisin, tel autre prend un copain situé quelques rangs derrière à témoin en lui indiquant du doigt un élément du spectacle sur lequel il souhaite attirer son attention. Cela peut se faire de manière verbale : "T'as vu ? !", "T'entends ?" ou non-verbale par un échange de sourires complices ou en reproduisant des mouvements des acteurs. Ces échanges peuvent aussi influencer sur les réactions des pairs. Ainsi quand un enfant commence à rire, il n'est pas rare que ses voisins immédiats se joignent à lui. De la même manière, quand un enfant de moins de trois ans se lève, il est souvent imité par d'autres. »¹³⁰²*

Il n'est pas rare que les adultes interviennent lorsqu'ils constatent très rapidement qu'un enfant fait un malaise par exemple ou bien pour donner plus de précisions sur tel ou tel sujet et pour faire des commentaires. Les adultes peuvent effectuer des échanges parfois intimes à l'initiative de l'enfant. Par exemple *« tel enfant ayant peur va se rapprocher de l'accompagnatrice pour se blottir contre elle, cherchant ainsi réconfort et réassurance ou tel autre allant s'asseoir sur les genoux »¹³⁰³* de l'un de ses parents pour reprendre confiance ou

¹³⁰¹ *Ibid.*

¹³⁰² *Ibid.*

¹³⁰³ *Ibid.*

pour poser une question qui lui paraît pertinente dans la situation à laquelle il est confronté. Ce genre d'échange ne se limite pas forcément sur ces points. En effet, « *une grande part des échanges se jouent entre un enfant et son parent lors des représentations où le public est familial. Une des différences des échanges parents-enfants par rapport à ceux que nous avons décrits précédemment est leur dimension intime et affectueuse, mais aussi souvent plus cadrée cherchant à canaliser les enfants vers une "bonne" réception. Ces échanges se déroulent généralement dans une grande proximité des corps et accompagnent le spectacle dans sa durée. Ainsi la maman d'une fillette inquiète l'enserme dans ses bras et accompagne le spectacle de commentaires à son oreille pour la rassurer et lui expliquer ce qui se déroule sur la scène. Ces échanges sont également beaucoup plus centrés sur des explications spontanées de certains passages de la pièce, même si l'enfant n'a pas posé de questions. Ainsi, quand l'actrice sur la scène déplace des pincettes à linge d'un pot en fer à un autre pour symboliser l'échange des bonnets et des couronnes entre les filles de l'ogre et les frères du Petit Poucet, une maman explicite cette transposition à son enfant. Avec les plus jeunes, les explications données par les parents sont plus implicites comme un doigt tendu pour montrer un élément significatif de ce qui se passe sur scène. Les enfants sont aussi les initiateurs de ce type de contact avec leurs parents, même quand ils ne sont pas assis à côté d'eux. Tel jeune enfant appelle ainsi régulièrement sa mère pour s'assurer de sa présence ou la prendre à témoin, tel petit montre avec fierté la feuille qu'il a ramassée sur scène en criant "papa !" avec un grand sourire*¹³⁰⁴. »

Au-delà de ces échanges entre publics, les malades attendent du théâtre un peu plus que ça, tant sur l'amélioration de leur vie quotidienne que sur l'évolution de leur état de santé. Ils recherchent à travers ce jeu des moyens et des méthodes qui leur permettront d'améliorer leur comportement ou de les changer catégoriquement au profit de leurs soins – leurs traitements médicaux. Les malades qui manifestent un sentiment d'échange veulent dire tout simplement qu'ils n'acceptent pas la maladie et qu'ils refusent d'être malades. Ces valeurs entrent dans les attentes individuelles selon les pathologies qui touchent chacun d'eux.

a) Les attentes des participants face à la pratique théâtrale des ateliers théâtraux et artistiques au sein des hôpitaux

Lors des enquêtes, une question a été posée aux patients pour bien saisir le pourquoi de leur participation aux échanges artistico-dramatiques menés par les comédiens : « *En arrivant aux ateliers de théâtre, quels étaient vos objectifs, vos principales attentes ?* » La question n'a pas eu qu'une seule réponse. Elle a eu droit à une diversité de réponses que cette étude a examinées pour trouver un seul registre formulant l'ensemble des réponses données par les personnes malades. Ils expliquent que leur participation est liée à l'envie de vouloir changer des comportements et des attitudes non conformes à leurs maladies et à leurs soins envisagés. Ils veulent donc :

- avoir moins de problèmes de soins en améliorant leur niveau d'information, d'éducation à la santé, et de communication sur la santé ;
- être plus à l'aise dans sa personne et avoir plus confiance en soi-même ;

¹³⁰⁴ Ibid.

- diminuer le niveau de nervosité, d'agitation, de stress et d'anxiété ;
- comprendre comment gérer sa nervosité, son angoisse et apprendre à les maîtriser ;
- savoir bien gérer les relations entre amis ou entre groupes et apprendre le respect de la hiérarchie.

D'autres cherchent à avoir un peu plus que cela dans leur existence en disant qu'ils souhaitent ne plus se taper la tête contre les murs, surtout lorsqu'ils sont énervés ou lorsqu'ils n'arrivent pas à faire sortir les mots de leur bouche, c'est-à-dire quand ils ont des difficultés à exprimer ce qu'ils veulent.

Certains d'entre eux disent que leur souhait est de perdre leur complexe et d'accepter leur corps tel qu'il est en acceptant leur physique. C'est un cas plus fréquent chez les femmes ou les enfants en bas âge, quand ils présentent un peu plus de poids que les autres ou qu'ils ont de difficultés à accepter leurs cicatrices après une intervention chirurgicale.

La participation aux ateliers théâtres, selon de nombreux patients, constitue un élément important pour reconstruire la vie familiale, professionnelle et amicale. C'est pourquoi leurs attentes se concentrent sur l'apprentissage des comportements et des attitudes améliorant leur relation sociale.

Un petit nombre de patients expliquent que leur participation est uniquement attachée à l'idée de vouloir toucher la pratique théâtrale, même une seule fois dans leur vie. Quelques-uns n'ont vraiment pas d'attentes précises, car leur arrivée aux jeux de rôles et aux échanges dramatiques a commencé au moment des séances d'improvisations jusqu'à la représentation, mais ils n'ont absolument pas réellement envie. Ce n'est que pour suivre l'ambiance et voir ce qui se passe.

Une des réponses des patients a touché la sensibilité du chercheur parce qu'elle explique que la participation aux projets était due à l'influence de la littérature culturelle. Ce patient a lu un article parlant du « *Programme Culture à l'Hôpital* » et il a voulu voir ce que ça donnait dans la vraie pratique. Il ajoute à la fin de sa réponse que : « *Si le théâtre est considéré aujourd'hui comme la voie vers le bien-être, alors j'ai besoin d'être en bonne santé.* »

Au final, les raisons ne sont pas centrées sur un seul axe, mais elles sont plutôt diversifiées. C'est justement dans ce sens-là que les attentes des patients ne sont pas les mêmes.

Toutefois, ont-ils obtenu leurs réponses en jouant dans le théâtre à l'hôpital ?

b) Les apports donnés par la pratique théâtrale au sein des établissements de santé

Est-ce que les comédiens ont été en mesure de répondre à la demande des patients et à leurs attentes ? Qu'est-ce que le théâtre a pu apporter aux personnes malades durant leurs périodes d'apprentissage ?

Les réponses à ces deux questions et à celle qui a été posée bien avant seront données par des patients très satisfaits par cette nouvelle politique de santé publique tout en gardant leur anonymat.

Madame F. : « *Avant d'entrer dans les séances d'échanges basées sur l'art dramatique, je ne voulais absolument pas parler de ma maladie avec qui que ce soit et peu*

importe la ou les raisons avancées. J'ai fortement hésité à prendre part et à accepter l'autre, peu importe son soutien. Dire à une personne étrangère que je suis sidéenne, c'était plus que tabou et sacré, car c'est ma vie qui est en jeu. Je n'avais pas confiance en qui que ce soit pour en parler ou pour partager mes douleurs les plus profondes. Le public était un facteur d'augmentations de trac. J'ai toujours pensé que si l'on découvre que j'ai le sida, personne ne voudra m'adresser la parole, encore moins me donner l'occasion d'être parmi eux tant dans les jeux que dans la profession.

Aujourd'hui, j'ai un autre regard envers moi-même et envers ma maladie. Le début du jeu de rôles, pour moi, était le premier pas ou disons le moment où j'ai consenti à participer à cette démarche. Une décision très difficile, mais je l'ai prise quand même sans parler de quoi je souffre. Au fur et à mesure, j'ai commencé à prendre confiance dans les autres en commençant par les responsables des ateliers ensuite les membres du groupe, car eux aussi ils parlaient de leurs douleurs, leurs sentiments, leurs souffrances, leurs pathologies et autres.

Donc, j'ai trouvé ce que je voulais parce que j'arrive à faire face au public et à dire ce que j'ai envie de dire, surtout de pouvoir parler du sida, comme si je parlais des maux de tête. Je comprends effectivement que c'est une maladie comme les autres. »

Pourquoi gardez-vous toujours votre anonymat ?

« Il y a déjà quatre ans que j'ai accepté de participer, c'est tout récent et peut-être un jour ça va encore changer. Cependant, l'anonymat, je le garde uniquement dans l'ensemble des démarches administratives ou dans les informations que je donne, mais je ne serai pas en mesure de les sécuriser jusqu'au bout. Autrement, je parle sans masquer mon visage même si je ne donne pas mon prénom. Les professionnels artistiques n'imposent rien et ça a touché ma sensibilité. Je participerai à chaque fois qu'on me le demandera. C'est un moment de plaisir et d'oubli. »

Astrid Lieven citait dans ses recherches l'exemple de Pierre impliqué dans ce programme en tant que patient depuis septembre 1999 : « J'étais crispé, je ne savais pas parler en public, j'étais dépourvu d'imagination. Je ne parlais pas facilement, d'ailleurs une fois, j'étais paniqué, non concentré alors que je ne devais que lire un texte – que j'avais moi-même rédigé – pour le baptême de mon fils. J'avais peur de dire des bêtises. Avec le théâtre, je me sens mieux, j'ai plus confiance en moi lorsque je dois parler avec les autres personnes en dehors de la pratique théâtrale. Il y a des contraintes, mais le principal est que le bilan reste positif. Je prends beaucoup de plaisir, j'ai envie de travailler. J'ai eu envie d'arrêter parce que rien ne sortait, je ne sentais pas que j'avais les capacités. Il y a eu des difficultés comme m'intégrer dans le groupe, puis avec mon rôle de Richelieu, il y a eu des problèmes à cause du manque de personnes, mon costume... mais j'ai réussi à y faire face. Chaque fois que l'on fait quelque chose, c'est une petite réussite. Cela se ressent à l'extérieur. »¹³⁰⁵

Une participante livrait son témoignage en utilisant son pseudonyme, Madame Juliette : « Pour moi, l'idée était de me distraire, de jouer et de prendre plaisir dans le jeu des autres patients. Ça me faisait rire de voir des patients qui souffrent de troubles psychiatriques jouer de façon sérieuse surtout leur manière de transmettre le message. Mais au fur et à mesure, j'ai commencé à comprendre qu'il ne s'agit pas de faire du jeu pour jouer tout simplement, mais il y avait plus de sens dans cet apprentissage. Ma sérosité est née à partir

¹³⁰⁵ Astrid LIEVEN, « Théâtre, psychiatrie, ergothérapie », op. cit., p. 49.

d'un échange entre moi, Madame Paulette et Monsieur Didier, c'est comme ça qu'on les appelait. Ils m'expliquaient qu'ils ont commencé à faire du théâtre quelques jours après leur hospitalisation et ils ne pensent toujours pas abandonner, car leur changement de comportement a amélioré leur état de santé d'une part, et, d'autre part, ça les aide à reprendre confiance en eux, surtout sur le côté relationnel. Depuis ce jour-là, je me suis impliquée dans le jeu et je me suis investie corps et âme. Le résultat est là, je me reconnais et je n'ai plus de colère comme avant, je maîtrise bien mon corps et j'arrive à contrôler mon comportement envers les autres et ma santé aussi a connu une bonne amélioration. Je respecte mon traitement au jour le jour. »

Selon Albert, qui a commencé à participer à des ateliers d'échanges il y a déjà quatre ans : « ... pour moi, c'était pour m'amuser. J'ai commencé il y a quatre ans, j'étais très nerveux. J'avais des difficultés à parler. Le théâtre m'a permis de mieux communiquer, de me sentir mieux, d'être moins stressé. J'ai voulu débiter à mon rythme, à mon aise. La première fois, je me demandais où j'étais. Le groupe m'apporte un grand soutien. Notamment lors de la représentation de *La Veuve Convoitée* où les effets secondaires d'un médicament m'empêchaient de parler (bouche pâteuse...). Le rôle de *Planchet* dans *Les Trois Mousquetaires* fut mon premier dialogue. C'était très dur pour moi les vacances lorsqu'il n'y a pas le théâtre... d'ailleurs quand il y a eu la grève des bus pendant quatre semaines, je ne me suis pas senti bien et j'ai demandé mon hospitalisation. »¹³⁰⁶

Un patient confirmait lors d'une phase de partage que le théâtre lui a apporté beaucoup de choses tant dans sa vie privée que dans la maîtrise de soi. Il a développé son sens de l'écoute, obtenu une meilleure observation, est devenu plus réceptif, a développé son langage et son vocabulaire en soignant ce qu'il veut dire et surtout cela lui a permis de garder un lien plus étroit avec sa famille. Il parlait du théâtre comme d'un médicament prescrit sur une ordonnance. « *J'ai besoin de prendre mes cachets d'art dramatique, ma dose de théâtre* ». Il disait que depuis qu'il est dans le jeu théâtral, il se sent plus riche d'impressions, plus vivant, et il gère mieux et de façon sereine les moments les plus difficiles de son état de santé. Il ne se laisse plus étouffer par les problèmes personnels et interpersonnels. Tout se fait selon son rythme et ses capacités d'apprentissage.

Selon Andy : « *Quand je suis rentré au Guéret en février 1990, je ne me doutais pas que cela allait changer ma vie. Jamais, je n'aurais cru qu'un jour, je serai devant un public. Ce fut difficile pour moi jusqu'à l'année dernière de suivre et de comprendre une mise en scène et une mise en place. (...) On a commencé par faire des impros, beaucoup d'impro, ensuite, l'étude d'une fable pour arriver à l'étude d'une scène puis d'une pièce. Je pense que ces années ont été celles de la base théâtrale et de l'apprentissage du métier de comédien, évidemment on apprend tous les jours. En 1995, *Knock de Jules Romains* : la première pièce, une VRAIE PIÈCE, un VRAI rôle ; le souvenir que j'en garde est la découverte d'une peur appelée trac et l'importance de rentrer sur scène pour qu'une chaleur fasse disparaître cette peur. J'ai mis plusieurs années à maîtriser cette peur et à la vivre de manière différente. *Les Trois Mousquetaires* est la première pièce avec un trac heureux et surtout joyeux, il y aura un avant et un après *Trois Mousquetaires*. J'ai vu des revers notamment des critiques et des contestations. J'avais beaucoup de prétentions, je savais mieux que les autres. En fait, on ne*

¹³⁰⁶ Ibid.

sait jamais rien. J'ai été sévèrement remis sur le droit chemin. J'ai vécu et revivrai Les Trois Mousquetaires comme une libération, un espoir d'aller de l'avant. Modestement, c'était la première fois où j'étais fier de moi. (...) Enfin, je dois dire que le théâtre comme thérapie, je n'y crois pas. J'ai dans ma vie personnelle, un mal de vivre, de l'angoisse qui ne disparaîtra pas avec le théâtre. Ce sera toujours là. Mais pour moi, la vraie vie, c'est d'être sur scène, d'avoir des projets. Les lendemains sont souvent durs. L'arrêt, l'été, de l'atelier théâtral, de différents projets sont toujours une cruelle épreuve. »¹³⁰⁷ Avant sa participation au théâtre, il ne supportait pas d'être touché, il avait des problèmes avec son corps, ça le gênait vraiment. Après quelques mois de participation, le théâtre lui a permis de faire un travail sur soi et d'éliminer une grande partie de ses pathologies.

Un autre témoignage est aussi important à retenir sur l'ensemble de dernières observations. Un patient était très déçu de sa participation, car il voulait avoir un changement dès les premières séances alors qu'il n'a rien eu comme changement. Sauf qu'il n'a fait que deux entretiens préliminaires et qu'il n'a pas eu vraiment le temps d'entrer dans les vraies séries de séances d'apprentissage et d'accompagnement. Il ne comprend toujours pas pourquoi les gens disent que ça les aide dans leurs comportements et dans l'amélioration de leur état de santé. « *Comment font-ils pour y arriver ?* » disait-il. Selon cette recherche, il est clairement visible que deux entretiens préliminaires ne peuvent rien faire pour changer les habitudes de l'homme ni jouer un rôle prépondérant dans l'évolution de son état de santé.

2) Un autre angle d'observations

Le psychiatre canadien Éric Berne (1910-1970), connu sous le nom de Léonard Bernstein, expliquait que la plupart des échanges sociaux se résument en principe à deux types d'engagements. D'un côté, il y a les passe-temps et, d'un autre, les jeux. Le premier sert en général à éviter l'intimité, autrement dit il contribue à l'éradication des sentiments de culpabilité de l'individu ou de ses désespoirs. Par exemple, il est évident que des gens bien organisés ou très heureux cherchent à s'adapter ou à se consacrer à des passe-temps sociaux pour eux-mêmes, dans le but d'en tirer satisfaction. Lorsque la relation issue de ce passe-temps dure longtemps, cela peut entraîner effectivement des bénéfices estimés suffisants. Dans le jeu, l'individu joue dans le but d'obtenir des bénéfices qui ont des rapports avec le scénario. Il définit le jeu de rôles ou le scénario de l'acteur comme le déroulement d'une succession de transactions cachées progressant vers des conclusions déjà définies et prévisibles dans l'exercice.

Il serait absurde de parler des apports du théâtre du côté du patient sans parler de ceux des praticiens, les dramaturges. Il n'est pas question d'évaluation traditionnelle de l'art, mais plutôt d'une évaluation scientifique permettant d'objectiver leur épreuve ou de cibler les aptitudes et les inaptitudes de chaque patient lors de l'exercice, afin de planifier l'intervention artistique et scientifique adaptée. La plupart des professionnels disent que les effets thérapeutiques de l'art dramatique font bien souvent référence à des concepts très abstraits et même subjectifs très difficiles à quantifier ou à chiffrer ou même à mesurer.

¹³⁰⁷ *Ibid.*, p. 50, s.

Pour mieux comprendre cet angle d'observation, le tableau d'Astrid Lieven explique clairement ce que les deux parties attendent tout au long de l'exercice.

Tableau d'Astrid Lieven¹³⁰⁸

| Attentes | Apports |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - <i>Avoir une meilleure communication verbale</i> - <i>Augmenter la confiance en soi</i> - <i>Apprendre à gérer :</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>sa nervosité ;</i> ○ <i>ses humeurs, son agressivité envers autrui et envers soi ;</i> ○ <i>ses relations avec les autres.</i> - <i>Se sentir vivre, exister au travers d'une activité</i> - <i>Accepter son physique</i> - <i>Apprendre la technique théâtrale et y prendre plaisir</i> | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Prise de plaisir</i> - <i>Meilleure communication avec les autres</i> - <i>Soutien du groupe</i> - <i>Se sentir plus vivant, plus riche</i> - <i>Meilleure gestion dans les moments difficiles</i> - <i>Avoir une meilleure confiance en Soi</i> - <i>Arriver à gérer des difficultés (toutes les contraintes liées à l'activité)</i> - <i>Apport d'un grand plaisir.</i> |

a) Le rétablissement du patient

Par exemple l'expérimentation faite pour Melle Henriette¹³⁰⁹. Au début de ses premiers entretiens, bien qu'elle soit absolument intéressée par les activités du groupe, elle avait du mal à rester concentrée et à s'impliquer dans le jeu, dans son personnage tout au long des passages prévus dans le scénario. Elle jouait son rôle en se cachant derrière les autres ou derrière les rideaux ou bien même en tournant le dos au public. Parfois, elle se cachait pour ne rien montrer d'autre qu'une partie de son corps : ses mains, ses pieds ou son dos. Elle cherchait à tout prix à cacher son visage et elle jouait son rôle en coup de vent. Elle n'était pas capable de se montrer en entier.

Le comédien responsable de la prise en charge a effectivement compris qu'elle ne comprenait pas le sens d'incarner un autre personnage et de jouer comme il était indiqué dans le texte. C'est pourquoi il lui a été demandé de se présenter et de se montrer en entier comme une autre personne, en tant que personnage fictif et non pas en tant que sa personne ou en une partie de ce personnage.

Au fur et à mesure, elle a pu adapter son comportement à son personnage tout en travaillant sur ses sorties dans chaque scénario et en s'emparant davantage de la qualité de son personnage jusqu'à la fin de l'exercice d'improvisation. Au final, le système du jeu devient pour elle un régulateur de sa solitude et de son comportement. Par conséquent, elle finit par bien maîtriser et incarner son personnage avec une forte rigidité, de la rigueur et de la consistance.

¹³⁰⁸ *Ibid.*, p. 52, s.

¹³⁰⁹ Madame Henriette participait dans les masters classes d'art dramatique, *comprendre la vie de l'autre*, menés par Nouridine Bacar alias Soldat avec la collaboration de l'Expression Culturelle de la Capoeira à Madagascar (ECCM), à l'Alliance Française de Tamatave-Madagascar en 2017. Ces ateliers entraient dans le cadre du festival Mitsake à Tamatave et Foulepointe.

En partant de l'hypothèse qu'Henriette n'était pas capable de se montrer ou de présenter une pleine image de sa personne et qu'elle était persuadée qu'elle ne devrait se présenter qu'en étant morcelée, son directeur de jeu renforça donc sa prise en charge en se référant à cette hypothèse et en insistant beaucoup plus sur son profil psychotique. Cette manière de faire a permis de la maintenir en équilibre dans une mouvance psychique pouvant éviter très rapidement l'ancrage dans la psychose. Mais encore, son implication dans le travail de groupe de théâtre l'a forcément accompagnée dans chaque processus thérapeutique. L'improvisation sur les planches de la scène lui a permis de comprendre le sens de son personnage et comment le représenter. Enfin, elle a su se présenter sur scène à visage découvert et exposer son corps en entier. C'est une nouvelle forme qui vient d'apparaître : la Gestalt, car son Moi dissocié ou morcelé a pu très vite se reconstituer à partir de ces exercices.

Comment le praticien de théâtre va-t-il se permettre d'engager une phase de correction de l'état de santé mentale ou physique du patient ? Au-delà du consentement manifesté par le patient, existe-t-il un contrat qui le lie directement avec le patient et lui permette d'exercer cette activité sur lui ? L'analyse qui suit va permettre de répondre à ces interrogations en résumant très brièvement les étapes du contrat d'activité dramatique qui lie le patient et l'artiste.

b) Existe-t-il un contrat dans cette activité ?

Il existe effectivement un contrat comme en ergothérapie, mais dans la plupart des cas, les médecins traitants sollicitent ou cherchent l'avis – le consentement – du malade, dès lors qu'il lui prescrit les soins artistico-dramatiques avant de participer aux ateliers, sans avoir la possibilité de signer un contrat d'activité avec le professionnel artistique. Or, il est clair que ce dernier n'est ni un fonctionnaire ni un employé de l'établissement de soins. C'est un partenaire qui est à la base d'un projet thérapeutique ou qui est un bénévole habitué de tel ou tel centre de soins.

Il y a effectivement une marge de manœuvre, car les établissements de santé laissent aux praticiens la possibilité de conclure à leur tour un contrat d'activité avec le patient sujet d'étude ou avec ses représentants légaux. Ce contrat est une forme d'alliance thérapeutique entre le comédien praticien et le malade en vue d'installer ou de nouer une relation de coopération. Il envisage cette forme thérapeutique comme un partenariat dans lequel chacun doit apporter ses efforts, ses compétences, ses expériences, ses ressources et ses difficultés pour mener à bien le processus de soins. Il ouvre une possibilité de travailler et d'utiliser l'énergie du malade et celle du comédien en charge de soins, pour atteindre des objectifs accessibles et compréhensibles selon le niveau de conscience et d'apprentissage du changement auquel ils souhaitent arriver. Les formes du contrat d'activité et de relation thérapeutique sont formellement définies. « *Loomis (1981-1984) classe les niveaux de changement possible en quatre catégories : le contrat de prise en charge (protection, soins médicaux et internement), le contrôle social (intervention de crise et analyse des états du moi), le changement relationnel (thérapie brève avec analyse des transactions, des jeux, des*

sentiments et croyances scénaristiques) et le contrat de changement structural (analyse du scénario, redécision, recadrage impliquant de la régression). »¹³¹⁰

Par exemple un proche d'une personne malade ou sa femme qui fait une demande d'aide dans un centre médicosocial et ce dernier donne un avis favorable, dans un premier temps, pour aider la femme qui s'épuise tous les jours. Dans ce cas, il s'agit donc d'un contrat de prise en charge des activités que la femme n'est plus en mesure de réaliser. Les mesures prises ici consistent à prévoir un changement lié à la prévention afin d'éviter une aggravation de la situation pour le couple. Si la situation s'améliore, la femme peut aussi donner son consentement pour passer à l'étape suivante, celui du niveau social. Cela a été clairement expliqué dans le même document : « *Dans ce cas, l'intervention peut encore être qualifiée d'intervention de crise. Une fois la crise passée, des changements relationnels sont possibles. Les niveaux interrelationnels (analyse des jeux et des transactions) et d'autonomie (analyse structurale, analyse du circuit des sentiments parasites et analyse de scénario) peuvent débiter dans l'ici et maintenant.* »¹³¹¹

Si le processus de soins se déroule comme prévu et qu'elle sent que l'engagement devient très utile au fil du temps, elle peut procéder à un troisième contrat qui visera « *la prévention de la réapparition de ces comportements au sein du couple.* »¹³¹² En revanche, dans ce cas, la demande doit être faite par le couple lui-même ou par la femme qui a la charge des soins de son mari. « *Pour un tel contrat, le cadre thérapeutique demanderait à être modifié en fonction des compétences des personnes en charge de la situation. Une telle demande vise clairement un contrat de changement profond au niveau du scénario. Dans ce cas, il s'agit d'un contrat de changement structural (...). L'évaluation formative a permis de nous familiariser avec le cadre de référence théorique de l'analyse transactionnelle.* »¹³¹³

BJ UN DÉGAGEMENT DES HYPOTHÈSES FINALES DES ATELIERS THÉÂTRE

La participation à l'ensemble des ateliers durant cette étude a permis de montrer ou de mettre en lumière l'idée que la pratique théâtrale au sein des hôpitaux permet :

- de faire un travail sur le corps de chaque patient, quelle que soit sa pathologie, pour lui apprendre à accepter son physique, à maîtriser les techniques de l'occupation de la scène et à se présenter face au public ;
- de faire un travail de gestion des comportements face à sa nervosité et à des situations inattendues et très difficiles ;
- d'initier la prise de conscience dans la relation tant du côté familial que de celui du monde extérieur et professionnel ;
- d'apporter à tout un chacun le plaisir et lui faire oublier ses moments de détresses ;
- de faire en sorte que le patient change ses mauvaises habitudes et de l'aider à reprendre son traitement prescrit par le médecin traitant.

Toutefois, l'accomplissement de ce travail thérapeutique demande impérativement qu'il y ait une coresponsabilité entre les participants et leur responsable de prise en charge.

¹³¹⁰ Sous la Direction de Marie-José MANIDI, « *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* », op. cit., p. 176, s.

¹³¹¹ *Ibid.*

¹³¹² *Ibid.*, p. 177.

¹³¹³ *Ibid.*

C'est pourquoi la base de cette coresponsabilité implique des conditions de communication directe entre les personnes concernées. Il est impératif que le patient participe aux initiatives de chaque prise de décision, à la formalisation des problèmes, mais aussi aux évaluations et à sa thérapie.

Les observations présentées ici montrent l'originalité de faire du psychosocial un moyen d'aide pour comprendre tous les éléments qui motivent la raison d'agir ou de ne pas agir. C'est ainsi que le malade essaie de s'adapter à son environnement physique et social avec l'aide du groupe et de ses proches. Grâce à cette passerelle, il va créer un lien entre le passé et le vécu actuel.

En principe, ses analyses permettent de fournir des hypothèses de compréhension tant sur le comportement du malade que sur son état de santé pour que le comédien prenne soin de l'évaluer dans sa réalité et dans son environnement. Il se peut aussi, comme dans nombre de cas, que ces observations permettent uniquement au maître du jeu de comprendre la situation de son patient, sans pour autant avoir ni des objectifs ni des principes de changements. Dans ce cas, la compréhension n'a de valeur que pour aider le comédien à ne pas envisager un jeu de rôles lié au désir de vouloir guérir comme un sauveur ou lié à de la culpabilité. Par exemple : « *Justine, au départ, est réfractaire à toute aide en dehors de celle de son mari. Nous devons donc nous imposer et commencer à établir un lien thérapeutique dans ce contexte relationnel ambigu. Par la suite, Justine devient de plus en plus actrice de sa thérapie. Nous pouvons compter sur ses compétences et ses ressources pour venir à bout de ses difficultés. Le diagnostic médical est pris en compte, il structure le plan de traitement et le choix des interventions. Petruska Clarkson (1992) rappelle à ce sujet le bon usage du diagnostic. Un diagnostic ne devrait pas être un moyen nocif qui permette au thérapeute d'éviter son engagement dans la relation thérapeutique en se créant de fausses certitudes sur le patient. Au contraire, il devrait permettre de prendre en compte les connaissances diagnostiques accumulées durant des années et clarifier ainsi la pensée du thérapeute.* »¹³¹⁴

Ces hypothèses connaissent-elles des critiques sur leurs pratiques et leurs résultats ? Quels sont les domaines concernés par ces critiques ?

1) Les domaines concernés par les critiques

Les différents domaines concernés par ces critiques sont les domaines médicaux et paramédicaux. La construction des bases de critiques se fait sur deux volets d'observations. D'une part, art-thérapie et ergothérapie et, d'autre part, art-thérapie et théâtrothérapie.

a) Premier volet de critiques : art-thérapie et ergothérapie

Tout d'abord, ces critiques doivent être considérées comme des observations constructives et non pas comme des sous-estimes envers les professionnels de ces disciplines. Les art-thérapeutes ont parfois manqué d'efficacité, car ils n'instauraient pas ou ils ne proposaient pas un cadre suffisant et nécessaire pour les soins du patient et cela mettait effectivement le malade en danger. Il y a donc un risque d'aggraver la maladie dont il souffre

¹³¹⁴ *Ibid.*, p. 175, s.

ou d'empirer ses mauvais comportements. Certes, dans leur formation, ils ont eu quelques notions sur les maladies mentales, mais pas suffisamment pour assurer seuls des séances d'art-thérapie. Parfois, des art-thérapeutes ne sont pas très performants dans la pratique du jeu dramatique, mais ils ne sont aussi pas assez structurés. Dans ce genre de situation, les patients manifestent involontairement un sentiment de détresse, car ces insuffisances sont des sources d'inquiétude et d'angoisse. Il arrive parfois qu'ils se permettent de faire des interprétations sauvages ou dites libres qui n'ont ni fondement artistique ni assise thérapeutique.

Au Québec par exemple, le terme d'*occupational therapy* recouvre deux professions ou métiers ayant un diplôme d'État en art-thérapie d'une part, et, en ergothérapie d'autre part. Alors, ce qui distingue le premier du deuxième, selon leur sens étymologique, est que le métier de l'art est noble alors que le travail est vulgaire. Or, dans l'ergothérapie, il y a le travail au sens large du mot qui implique toute activité humaine. Cependant, il faut aussi comprendre qu'il y a des gens qui utilisent ces termes sans faire de différence entre : art-thérapie, ergothérapie ou art en thérapie... Le premier est tout simplement défini comme une psychothérapie à médiation artistique et son objectif est de privilégier l'objet en cours de réalisation. Le deuxième est défini comme l'activité paramédicale qui aide à développer l'indépendance ou l'autonomie du patient dans son environnement quotidien ou dans sa vie sociale. Son objectif dans les services psychiatriques ou les hôpitaux de jour est de motiver l'individu dans un processus d'intégration, d'adaptation ou de réadaptation ou encore de réintégration sociale.

En revanche, cet angle incite à se poser la question : quelle est la frontière entre ces deux métiers – l'art-thérapie et l'ergothérapie – lorsque l'outil principal est la médiation artistique ? Tout en sachant bien sûr que l'ergothérapie serait la pratique la plus ancienne dans les soins ou les traitements moraux. Est-il possible de dire que la pratique de l'ergothérapeute se focaliserait davantage sur l'aspect socio-thérapeutique ou psychodynamique de l'action dramatique et culturelle ? Autrement, l'art-thérapie, qui est la plus récente, dominé par de nombreuses théories, accentuerait-elle la dynamique du groupe ou celle de l'individu dans la création ?

Est-il possible de dire aujourd'hui que l'ergothérapie serait dominée par les courants des comportementalistes tandis que l'art-thérapie serait beaucoup plus dans la psychanalyse ? La réponse à ces questions est dans l'enseignement de chacun de ces deux domaines.

Est-il possible de s'interroger sur la place de l'ergothérapie et du théâtre dans les services de soins psychiatriques ? « *Mme De Baets m'explique que l'ergothérapeute a tout à fait sa place dans l'utilisation d'un tel média. L'ergothérapeute permet d'"offrir" un cadre thérapeutique structurant à des personnes fragilisées et le comédien (Serge Minet) a pour rôle d'enseigner la technique théâtrale. Elle insiste aussi très fort sur la verbalisation. Comme le définit aussi l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute "en santé mentale a essentiellement à faire face à des problèmes d'ordre relationnel : le patient face à lui-même, au monde et dans ses rapports avec les autres."* Les objectifs en santé mentale toujours définis par l'ANFE sont :

1. la connaissance et l'acceptation de soi-même, de ses capacités et de ses limites ;
2. le développement des facultés d'adaptation ;
3. la recherche de l'autonomie ;
4. la revalorisation et la restauration des capacités relationnelles..."

Les moyens : "Activités artistiques, ludiques, corporelles ou vie quotidienne... l'activité n'est pas le but en soi, mais joue le rôle d'interface entre le patient et sa problématique." Ici, le théâtre permet à la personne d'être face à elle-même, de s'accepter, de se revaloriser notamment lors des représentations. Le théâtre est une activité artistique. Les objectifs en santé mentale décrits par l'ANFE recoupent les éléments nécessaires au théâtre. Ces quatre éléments se retrouvent dans la conception et l'organisation des séances.

L'ergothérapeute au sein de l'activité théâtrale amène le cadre thérapeutique. C'est lui qui permet de ne pas mettre les personnes en situation d'échec. Comme le comédien travaille à partir de ses émotions, il peut y avoir danger. L'ergothérapeute peut prévenir une identification qui risque de faire souffrir la personne... L'ergothérapeute et le metteur en scène professionnel recherchent les méthodes de travail et les situations correspondant le mieux possible aux personnes à qui elles s'adressent. »¹³¹⁵

Astrid Lieven poursuit ses analyses critiques et rappelle que : « M. Volral insiste sur le fait qu'il ne cherche pas à faire de la thérapie. Cependant, il semble (par les dires des patients – comédiens) que les effets thérapeutiques du jeu théâtral sont bien présents, à long terme et secondairement. En tout cas, les séances de répétitions au sein du Guéret ne sont pas des séances de théâtrothérapie et donc d'art-thérapie. Il n'y a pas de rituels, pas de temps offert à la parole, à la verbalisation...

Que le travail du comédien soit important c'est une chose, mais au sein du Guéret, on ne pose pas des objectifs thérapeutiques spécifiques à un patient et donc, on ne lui propose pas des exercices répondant à ceux-ci ; les patients sont formés en tant que futurs comédiens et rien d'autre. »¹³¹⁶

b) Deuxième volet de critiques : art-thérapie et théâtrothérapie

Dans la pratique de l'art-thérapie au sein de l'établissement de soins, existe-t-il une possibilité d'augmenter ou d'empirer l'état de santé du patient ? Quelles sont les potentielles attitudes marquant le critère du danger de l'art-thérapie ?

Le psychanalyste Jean Florence répond à ces interrogations en identifiant deux tendances qu'ont quelques thérapeutes pendant ou durant le déroulement des activités artistiques des personnes présentant ou souffrant de troubles psychiques. Selon lui : « *La première est ce qu'il appelle "le rapt du secret" : "Un jeune psychiatre découvre, dans un service hospitalier, les difficultés d'entrer en contact avec un adolescent considéré comme schizophrène, dont on lui confie l'accompagnement psychiatrique. Ouvert (...) aux recherches de Morgenthaler et Prinzhorn sur les productions plastiques des malades mentaux, il propose à son patient de dessiner. Ce jeune qui ne peut parler accepte cette invitation et apporte ses réalisations lors de visites régulières. Il les présente, mais ne veut rien en dire... à la déception de son thérapeute qui cherche quelque ouverture à la parole. (...) Vient un jour où le service psychiatrique (...) décide d'ouvrir ses portes aux visiteurs (...). Le jeune psychiatre trouve aussitôt à prendre part à cette présentation des réalisations thérapeutiques en concevant l'idée d'encadrer les meilleurs dessins du jeune psychotique et de les exposer (...). Il n'en dit mot à l'auteur. Le jour venu, visiteurs et patients peuvent regarder ces œuvres et*

¹³¹⁵ Astrid LIEVEN, « Théâtre, psychiatrie, ergothérapie », op. cit., p. 96, s.

¹³¹⁶ Ibid., p. 97.

certaines n'épargnent pas les commentaires sur la génialité de la folie. (...) L'adolescent vient à passer et reconnaît, affichés sur le mur, ses quelques dessins : atterré, il s'arrête, pâlit puis, d'un coup sans un mot, il se précipite dans le couloir et se jette par une fenêtre." Nous pouvons constater à quel point le jeune thérapeute a fait preuve d'intrusion dans l'intimité de l'adolescent.

La deuxième tendance décrite par le Professeur Jean Florence est ce qu'il appelle "La compulsions à interpréter." "Dans un Centre psychiatrique de jour comme il s'en est créé beaucoup au cours des années soixante-dix, l'équipe soignante jeune et résolue qui se réclame d'une inspiration analytique crée (...), un atelier de peinture, librement accessible. Deux thérapeutes, amateurs d'art, mais pas nativement doués pour le pratiquer, prennent la responsabilité de proposer aux volontaires à s'exprimer, à dessiner, à peindre de la façon la plus spontanée. Les thérapeutes décident de ne pas se mettre eux-mêmes à peindre, mais d'observer et d'encourager les patients à "projeter" le plus spontanément possible leurs "problèmes"... « Au cours des séances, circulant de chevalet en chevalet, de table en table, les animateurs questionnent l'un, questionnent l'autre... cherchant quelque association libre susceptible de comprendre le pourquoi de telle forme, de telle figure, de telle tache... (...). L'expérience se déroule, mais, au fil du temps, de plus en plus de participants se font irréguliers, s'absentent et disparaissent... (...)" »¹³¹⁷

D'autres attitudes dangereuses peuvent surgir sans que le praticien ne s'en rende même compte. La plupart des thérapeutes n'arrivent pas à distinguer ou à faire la différence entre l'exercice à mettre en place pour une personne schizophrène et pour celle qui souffre de l'Alzheimer.

Le premier cas demande au praticien de ne surtout pas revenir dans les événements familiaux, sociaux ou professionnels de la personne pour les mettre en scène ou pour l'inviter à improviser sur ces sujets. Cependant, dans le deuxième cas, il est conseillé quelquefois de reprendre le passé du souffrant et de le mettre en expérimentation pour faire revenir les souvenirs du patient.

Toutefois, les Comores, qui comptent 860 315 habitants¹³¹⁸ et qui n'ont pas vraiment une politique de santé mentale, ne possèdent qu'un seul spécialiste dans ce domaine, le Docteur Msoma Mistoihi. Les malades sont enchaînés actuellement à des poutres en bois dans leurs maisons respectives, leurs poignets entravés avec des cicatrices de plusieurs années sans bénéficier aucun soin.

Il reçoit ses patients dans son cabinet qui existe depuis novembre 2015. Ses malades souffrent en général d'anxiété, de schizophrénie, d'angoisse, d'hyperactivité, de dépression, de paranoïa ou de différents troubles psychotiques. Il explique que non seulement il n'y a pas de politique et de stratégie de soins mentaux dans son pays, mais aussi que l'accès aux soins pose effectivement des problèmes. De plus, les médicaments psychotropes qui agissent sur le système nerveux central et qui provoquent des modifications de sensation, d'humeur, de perception ou de conscience et d'autres fonctions psychiques et comportementales, sont chers. Le peu de patients qui arrivent à s'en procurer sont fréquemment en rupture. Par ailleurs, la majorité d'entre eux considère que la misère est la principale cause de leur pathologie. Le

¹³¹⁷ *Ibid.*, p.81, s., ses analyses sont reprises dans l'œuvre : Jean FLORENCE, « *Art et Thérapie, Liaison dangereuse ?* », Ed. Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, 1997.

¹³¹⁸ <https://countrymeters.info/fr/comoros>, consulté le 23 février 2019 à 13 h 22.

pays considère que le trouble mental vient d'une force extérieure – ils sont victimes d'esprits comme des troubles de maraboutages, de sorcelleries et des envoûtements des djinns ou du non-respect des certaines règles sociales et c'est la raison pour laquelle nombreux d'entre eux ont recours à des médecins traditionnels – les *fundis* – qui utilisent le Coran comme moyen de traitement.

Au-delà de ces deux pratiques, ceux qui utilisent des mesures de soins non conformes à la médecine expérimentale courent un fort risque susceptible d'empirer la santé des malades. À l'hôpital, certains infirmiers ou infirmières dirigent des ateliers d'art qu'ils ne sont pas en mesure de maîtriser.

Le cas s'est présenté un jour lors d'un atelier d'échange entre infirmières et patients, le sujet du travail était d'improviser sur un chauffeur de taxi qui ne respecte pas les panneaux de signalisation. Ils ont oublié que l'un des patients avait été victime d'un accident de voiture dans un taxi et qu'il a perdu sa petite fille ce jour-là dans le même accident. Cette erreur a donc empiré l'état mental du patient et il a blessé l'autre patient qui jouait le rôle du chauffeur pour la simple raison qu'il ne conduisait pas bien sa voiture ou son taxi. Ça s'est mal déroulé parce que le thème en question lui rappelait ses mauvais souvenirs et la perte de sa petite fille.

Les attitudes dangereuses sont très nombreuses. Tout dépend de la situation et de la non-maîtrise de l'état de santé du patient. Comme l'a indiqué le comédien Idrisse Riadhudine qui a raconté qu'un patient avait perdu le contrôle dans la chambre d'hôpital en se voyant passer dans un journal télévisé parlant de ses ateliers de dramathérapie. Le patient ne voulait absolument pas que son visage fût dévoilé.

Quelle est donc la place du droit dans l'ensemble des situations citées ? Peut-il par exemple incriminer l'établissement de soins ou le responsable en charge des ateliers d'art ? La responsabilité est-elle administrative, professionnelle ou pénale ?

Ces interrogations restent jusqu'à aujourd'hui un peu floues, car la question commence justement à partir du statut de celui qui pratique l'art comme moyen de soins dans un centre hospitalier.

Aujourd'hui, l'artiste à l'hôpital est à la recherche de son statut. Pour pouvoir définir s'il y a une infraction il faut tout d'abord déterminer son statut professionnel à l'hôpital. Car sa responsabilité peut être soit juridique, c'est-à-dire pénale, civile ou disciplinaire soit morale, c'est-à-dire éthique, déontologique ou éducative.

Ce travail démontre que la responsabilité ne peut être administrative puisque c'est la responsabilité disciplinaire des fonctionnaires et que le statut de l'artiste n'est pas attaché à la fonction publique, elle peut relever de la faute professionnelle dite contractuelle dans le privé, qui engage la responsabilité disciplinaire de l'artiste.

Néanmoins, dans le cas de l'artiste Idrisse Riadhudine et de son patient, l'artiste était un bénévole de la Compagnie Bahari. Cet artiste était régi par la loi du 1^{er} juillet 1901¹³¹⁹ relative au contrat des associations. Par contre, son association ne couvrait pas sa responsabilité civile et il n'avait pas conclu d'assurance en responsabilité civile professionnelle. Le non-respect de la discrétion professionnelle ou de la confidentialité peut engager sa responsabilité civile. Par conséquent, le patient qui estime subir un préjudice, par

¹³¹⁹ Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat des associations, *op. cit.*

le fait de la révélation de son visage à la télévision, peut saisir une juridiction civile pour dénoncer le non-respect de sa vie privée et pour obtenir une réparation pécuniaire.

Toutefois, en France une Convention de 2007 prévoit une possibilité de règlement de conflit dans son article 15 en précisant qu'« *En cas de litiges résultant de l'application de la présente Convention, la juridiction compétente est le Tribunal Administratif de Bordeaux* »¹³²⁰. Cependant, cette convention montre que la responsabilité des artistes et celle des praticiens concernent toutes les deux le Tribunal Administratif. Ainsi, celui qui veut saisir le juge administratif par requête, doit s'assurer qu'il est fonctionnaire ou que son contrat est conclu avec une administration ou un organisme public. Car le Tribunal Administratif juge les litiges entre les particuliers et les administrations ou les conflits du travail dans la fonction publique. Il juge en premier ressort ensuite la Cour Administrative d'appel juge les recours contre les jugements rendus par les tribunaux administratifs. Enfin, le Conseil d'Etat qui est la haute juridiction administrative, juge en premier et dernier ressort, en appel ou en cassation tous les litiges traités par les Cours Administratives d'appel.

Cet article 15 montre que tous les conflits, concernant les artistes qui exercent leur métier d'art sous la protection de cette Convention de 2007¹³²¹, sont régis par la juridiction administrative. Cela signifie qu'il y a un rapport très étroit entre la responsabilité de l'artiste et celle du praticien médical.

2) Suggestions

En partant des hypothèses avancées et des exemples précités, l'art-thérapie évoque aujourd'hui dans sa pratique un double processus. D'un côté, il y a la pratique thérapeutique et, de l'autre, l'usage artistique. C'est pourquoi il est conseillé de ne pas s'improviser art-thérapeute au service de soins. Il faut absolument être en possession de trois formations : thérapeutique, artistique et art-thérapeutique.

En dehors de ces triples formations, la pratique sauvage est susceptible d'aggraver et de produire des effets dangereux lorsque l'art-thérapie n'est pas bien maîtrisée et pourrait susciter des réactions brutales issues de la pratique artistique. Il peut effectivement réactiver chez certains malades des symptômes, des pathologies au lieu de les éradiquer ou de les calmer. Ces comportements des praticiens sont appelés les dérives du métier de l'art-thérapie. La question posée dans cette étude était : est-ce qu'il y a des dérives en matière de dramathérapie ou tout simplement de théâtrothérapie ?

La réponse du psychothérapeute Martine Colignon a donné plus de satisfaction à cette recherche, car elle affirme qu'il y a effectivement des dérives dans cette pratique. Par exemple aujourd'hui, chaque personne se présume art-thérapeute et dirige des ateliers, pourtant elle n'a pas eu de formation spécialisée. La dérive apparaît au moment où le soi-disant praticien impose d'une certaine manière une puissance, une forme de pensée afin de créer ou d'œuvrer sur telle ou telle activité. Elle explique qu'un patient participait de façon inactive dans des expérimentations, car le sujet du travail était imposé par l'art-thérapeute. Il rendait toujours une feuille blanche à la fin d'exercice. Un jour, le patient psychotique qui n'avait jamais fait

¹³²⁰ Convention signée en France le 8 octobre 2007 entre le Préfet, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine et le Conseil Régional d'Aquitaine.

¹³²¹ *Ibid.*

preuve de volonté durant les séances est venu lui rendre une feuille blanche comme avant, mais au verso de cette feuille, il avait fait un petit dessin avec la mention : voilà ce que j'aurais voulu travailler lors de la séance...

L'art-thérapeute a donc compris que le patient voulait participer, mais le fait de lui imposer une consigne ne lui a pas facilité la tâche, car imposer signifie, y réfléchir et ce n'est pas très facile pour certains. Si jamais le patient y participe, cela ne veut pas dire que le travail a du sens pour lui, mais plutôt pour le groupe qui y participe. Il faut donc éviter d'imposer ou de faire un choix à la place du malade.

En outre, ceux qui pratiquent cette profession, quels que soient leurs titres, connaissent aussi un problème de reconnaissance envers l'État central et le besoin d'un régime juridique efficace et spécialisé. C'est pourquoi la protection de cette profession devient indispensable au regard de l'État central, mais aussi aux yeux du législateur.

a) Observation médicosociale

Cette branche d'observations s'interroge sur la dimension démocratique de ce service et sur la déontologie de l'artiste et va rechercher la démocratie dans la santé et dans la culture. Jusqu'à aujourd'hui, le réseau Art et Santé est principalement piloté par l'Association Culture et Démocratie¹³²². Elle a depuis plus de quinze ans constitué un relais ou un réseau de travailleurs sociaux, d'artistes, d'enseignants et d'acteurs culturels qui militent pour la continuité et la persistance de ce métier. Son enjeu majeur se centre sur l'idée de favoriser, quel que soit le milieu, l'accès et la participation à la vie culturelle. Par exemple : elle s'interrogeait justement sur la pertinence et sur la légitimité de la culture dans plusieurs domaines tels que l'enseignement, les centres communaux d'action sociale, les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, les prisons et la santé en général.

En plus, ce même réseau a multiplié ses efforts pour rassembler des artistes et même des soignants volontaires et bénévoles qui veulent concourir, encourager et soutenir, de près ou de loin, le développement culturel en milieu de soins. Ils se sont tous fixé comme but la création et le renforcement des liens entre le secteur de l'art – de la culture – et le secteur de la santé. Cette contribution incite la communauté française à réagir sur ce qui se passe entre ces deux branches.

Aujourd'hui, beaucoup d'écoles forment les futurs art-thérapeutes dont la majorité va finir dans les milieux de soins. *« Ces artistes, au travers du réseau Art et Santé, ont voulu se positionner en regard de leur spécificité d'artistes intervenant en milieu de soins, pas du tout pour faire de la thérapie, mais bien, comme le font les Acteurs de l'ombre, l'Arcane, Los locos et beaucoup d'autres, pour proposer un moment de création avec les publics, que ce soit en pédiatrie, en hôpital psychiatrique ou encore en maison de repos. Les artistes ont travaillé sur l'éthique de leur profession et, depuis deux ans, un code de déontologie de l'artiste intervenant en milieu de soins a été publié où ils précisent ce qu'est le métier d'artiste*

¹³²² Réseau Art et Santé., « Théâtre Action et Champ psychiatrique », Rapport d'une rencontre autour du projet « Terra Incognita.europe », dans le cadre de la 13^e édition du Festival International de Théâtre Action (FITA 2010), le 23 octobre 2010, au Théâtre Le Moderne à Liège, p. 9

*intervenant en milieu de soins. Ce code aborde aussi la question de la formation et de la collaboration avec le personnel soignant. »*¹³²³

Cependant, plusieurs chercheurs s'interrogent sur le rôle de l'art dramatique dans la société, et plus particulièrement dans la santé mentale. C'est ainsi que Marie Poncin parle dans ce même rapport des témoignages de Nicolas Roméas, directeur de *Cassandra*, une revue française qui s'interroge aussi sur le rôle et l'intervention de l'art dans la société : « Dans son livre *Un rêve d'Afrique, il relate une expérience dans un hôpital psychiatrique à Bamako, portée par Philippe Dauchez, professeur de théâtre à l'Institut National des Arts de Bamako et deux psychiatres, Jean-Pierre Coudray et Bamakou Maré, tous les deux inspirés par les expériences de Henri Colomb à l'hôpital de Dakar. En Afrique, dans la région mandingue du Mali, existe le Kotéba, une pratique théâtrale ancestrale qui vise à mettre en scène des situations critiques pour les dédramatiser, les interroger et les contourner ou les apaiser par le rire : ils avaient décidé d'adapter cette pratique à une démarche nouvelle où le soin n'est plus uniquement considéré sous son angle médical : "En voulant refonder une psychiatrie qui prendrait en compte le sens du collectif, le besoin d'échange et de dialogue propre au mode de vie africain, ces Maliens et ces Français ont retrouvé la vraie force de l'art qui n'est jamais seulement politique, esthétique ou sociale, mais qui, pour agir, doit être tout cela. Ce fut un moment fondateur. J'ai compris que ce que je cherchais de plus profond dans l'art et dont j'étais profondément frustré se trouvait là, au moins en germe. Ça ne m'est pas apparu sur l'instant, j'étais sous le choc et je n'ai rien compris". »*¹³²⁴

Si la médecine se préoccupe maintenant d'accueillir l'action culturelle, les artistes et laisse une place à l'art dramatique dans les soins du patient, que ce soit à l'hôpital, dans l'institution médicosociale ou à l'établissement d'accueil, c'est parce qu'il a su vraiment s'imposer et se chercher une place. Cette ouverture donne ou initie des projets qui vont non seulement mobiliser les équipes professionnelles médicales et artistiques dans des structures spécialisées, mais aussi les patients qui seront les sujets d'étude. Chaque thème d'intervention va se dérouler autour d'un centre d'intérêt, une production commune, qui sera à la fois la propriété de chaque participant et du groupe qui l'a fabriquée et qui en a assuré la mise en œuvre.

Quel est donc le statut que l'hôpital réserve à l'artiste intervenant dans les soins du patient ou à celui qui utilisera l'art dramatique comme processus de soins ?

b) Le régime applicable

Le théâtre est aujourd'hui inclus dans le processus de soins *de facto* et les milieux de soins ne nieront pas les effets de l'art car cette pratique est devenue irréversible. Comment est-elle donc protégée ? Existe-t-il des dispositions très efficaces ou des mesures contraignantes en vigueur ?

Pour commencer, le conseil d'administration de la Fédération Française des Art-thérapeutes a mis en place une commission d'accréditation depuis 2002 et cette dernière inclut dans ses missions des conditions et des critères d'évaluation¹³²⁵ de connaissances et de

¹³²³ *Ibid.*, p. 9

¹³²⁴ *Ibid.*

¹³²⁵ Annexe numéro 11 : critères d'évaluations.

compétences permettant d'acquérir le titre d'art-thérapeute. Ce conseil a rédigé en novembre 2004 un document validant les critères retenus pour obtenir l'accréditation et être membre actif de cette fédération. Ce même document a fait l'objet d'une révision en 2008.

Pourquoi établir un document de référence ? Le but est d'établir très rapidement une base commune rassemblant les critères d'exercice de l'art-thérapie sans évoquer la diversité de courants, de méthodes et d'orientations existant déjà. Comme il est expliqué dans les modules de formation¹³²⁶, l'accréditation ne reconnaît que la compétence de l'art-thérapeute. Autrement dit, cette accréditation ne fait que valider la connaissance acquise par le praticien qui va encore l'enrichir durant sa vie professionnelle.

Sous quel régime travaille l'art-thérapeute ? Il est employé en contrat à durée indéterminée soit à durée déterminée. Il peut exercer soit en activité libérale soit comme vacataire ou de façon occasionnelle dans les cliniques, les associations, les hôpitaux, les services municipaux ou bien même dans les centres pénitentiaires ou autres.

S'il est salarié, il peut bénéficier du régime général de sécurité sociale, mais aussi de certaines prestations sociales telles que congés de paternité ou de maternité, arrêts maladie, invalidités, formations permanentes, décès, etc. Il peut bénéficier des droits de la sécurité sociale lorsqu'il a effectué au moins soixante heures de travail en tant que salarié ou lorsque ces heures sont assimilées au cours d'un mois civil ou effectuées pendant trente jours consécutifs. C'est aussi le cas lorsqu'il a effectué 120 heures de travail salarié ou si ces heures sont comprises dans une période de trois mois civils ou pendant trois mois de date à date ou de 1 200 heures de travail ou comptabilisées au cours d'une année civile.

Pour les vacataires, il existe des partenariats dits contrats de vacation, mais cela dépend du secteur d'activité où exerce ou auquel appartient l'employeur. Dans tous les cas, il est censé fournir une couverture d'assurance en responsabilité civile professionnelle du salarié.

Celui qui exerce en cabinet privé ou en intervention dans une institution sous un régime de travailleur indépendant avec l'acquisition d'un numéro Siret et le rattachement à l'URSSAF, est un professionnel libéral avec un code APE-NAF 8690 F (Activités de santé humaine non répertoriées ailleurs) et avec la mention BNC (Bénéfices non commerciaux)¹³²⁷.

Si l'art-thérapeute exerce une activité indépendante, deux possibilités de régimes se présentent :

- Soit il utilise le régime des professions libérales réglementées, en tant qu'entrepreneur individuel. Ce régime est réglementé dans la catégorie des auxiliaires médicaux, tels que les psychomotriciens ou les psychologues, etc. En revanche, il ne peut y accéder que s'il a le titre ou la qualité de psychothérapeute, car cette fonction est protégée par la loi.

- Soit il adhère au régime de l'auto-entrepreneur. Dans ce cas, il bénéficie d'un régime simplifié de calcul et de paiement des cotisations, de participations, de contributions sociales obligatoires mensuelles, semestrielles ou annuelles. Ces frais sont payés en fonction de son chiffre d'affaires réalisé au cours d'une période précise et ils sont versés selon son choix, par mois ou par trimestre. Dans le régime microsocial, la participation sociale est calculée sur le chiffre d'affaires avec un taux qui varie en fonction de l'exercice effectué : « 23,30 % de cotisations pour le régime microsocial simplifié et 25,50 % pour le régime microsocial ».

¹³²⁶ Voir annexe numéro 10 : contenu de la formation et annexe 11 : critères d'évaluations

¹³²⁷ <http://www.apce.com/pid811/cotisations-sociales.html>

simplifié avec option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu (pour les activités relevant de la CIPAV, assurance vieillesse obligatoire), + 0,20 % de cotisations pour la formation professionnelle. Le chiffre d'affaires annuel ne doit pas dépasser 32 600 euros. »¹³²⁸

S'il exerce une activité d'auto-entrepreneur comme activité principale, il bénéficie bien sûr de l'assurance maladie-maternité régie par la sécurité sociale des indépendants (ex-RSI), mais aussi des allocations familiales, de la retraite de base, de l'invalidité-décès et paie la CSG/CRDS. Il doit assurer des paiements de cotisations soit mensuels soit trimestriels à l'URSSAF, mais il ne paie pas de TVA en contrepartie, ne bénéficie d'aucune réduction de charges. Il est donc enregistré à la Caisse interprofessionnelle de Prévoyance de d'Assurance Vieillesse (CIPAV) comme son organisme officiel. Néanmoins, en activité libérale, l'art-thérapeute ne bénéficie pas d'indemnité de chômage ni de congés payés.

Lorsque son activité d'auto-entrepreneur est secondaire, il doit s'affilier au régime salarié pour son assurance maladie-maternité, ses allocations familiales, ses remboursements maladie et ses indemnités journalières salariées.

Mais, ceux qui travaillent en associations d'art-thérapeutes ou de paramédicaux bénéficient déjà de la protection de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association¹³²⁹.

Malgré tout cela, pour l'art-thérapeute exerçant en activité libérale, il est exigé ou recommandé d'avoir une assurance de responsabilité civile professionnelle, car elle lui permet de bénéficier d'une protection en cas de présence de dommages matériels, immatériels, mais aussi corporels L'article 1382 du Code civil (ancien) – nouvel article 1240 dit que : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer* »¹³³⁰. Ce même Code édicte en son article 1241 que : « *Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.* »¹³³¹

Lorsque la responsabilité civile professionnelle est constituée, l'assureur devra indemniser la victime du préjudice dont son client est déclaré responsable. C'est ainsi que le Code de déontologie des art-thérapeutes dans son article 1.1.16 précise que : « *L'art-thérapeute doit souscrire à une assurance en responsabilité civile professionnelle lorsqu'il travaille en cabinet privé ou lorsque l'employeur ne le couvre pas.* »¹³³² Ceci évite que l'art-thérapeute couvre lui-même cette réparation pécuniaire à ses propres frais.

Toutefois, la responsabilité civile d'un professionnel est engagée lorsqu'il a commis une faute involontairement, plus précisément par sa maladresse, sa négligence ou son imprudence et qu'un tiers a subi un préjudice par sa faute et aussi qu'un lien de causalité est établi entre la faute commise et ce préjudice. Cette responsabilité civile professionnelle intervient uniquement en cas de faute involontaire ou lorsqu'il l'a commise sans la volonté de nuire. Par contre, si la faute est commise volontairement c'est la responsabilité pénale du professionnel qui sera engagée.

¹³²⁸ http://www.ffat-federation.org/index.php?option=com_content&view=article&id=11, consulté le 25 février 2019.

¹³²⁹ Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association, *JORF* du 2 juillet 1901 p. 4025, Version consolidée au 25 février 2019.

¹³³⁰ Code civil français, *op. cit.*

¹³³¹ *Ibid.*

¹³³² FFAT, « *Code de déontologie des art-thérapeutes* », *op. cit.*

Avant de conclure un contrat, il doit chercher et se renseigner chez les assureurs qui acceptent de couvrir les travailleurs indépendants comme les auto-entrepreneurs ou ceux qui travaillent sous le régime libéral.

Attention, avant de conclure toute forme d'assurance en responsabilité civile professionnelle, il doit absolument veiller à ce que le terme d'art-thérapie soit mentionné clairement sur le contrat. À défaut, il est susceptible de perdre sa protection.

Cela soulève la question de la protection juridique du praticien. Qu'en est-il ? En la matière, l'art-thérapeute doit aussi faire preuve de prudence, car il faut savoir distinguer la responsabilité civile de la protection juridique accordée par l'assureur. Dans cette garantie de responsabilité civile, l'assureur prend en charge la réparation des dommages causés par son assuré à un tiers. Or, la garantie de protection juridique, l'assureur n'indemnise aucun tiers. Seulement, il apporte une assistance à son assuré dans le règlement des différends, des conflits ou des plaintes déposées par la victime, que ce soit à l'amiable ou en procédure judiciaire. C'est pourquoi il faut toujours avoir deux assurances différentes avec des finalités spécifiques et distinctives.

Quel est donc le régime du comédien, de l'artiste ou de l'acteur exerçant dans ce domaine ? A-t-il une possibilité de protection ? Qui engagera la responsabilité du comédien en cas de dommage ?

Conclusion du Chapitre II

En quelques mots, après avoir participé à plusieurs ateliers théâtre, il est parfaitement naturel de constater que chez certains patients, des mécanismes de défense psychologique sont capables de se manifester lors de l'annonce d'un diagnostic, quel que soit la pathologie chronique que présente les patients.

Il est encore constaté que si les mécanismes de défense psychologique du patient sont bien développés, ils sont capables de protéger le malade de toute sorte de choc psychologique au moment de l'annonce de sa maladie.

Ici, la problématique centrale était : comment est-il possible de réaliser une activité théâtrale au sein de l'hôpital devant un grand public ? Pourquoi l'hôpital français se donne la peine de séduire ses patients à travers l'art dramatique ?

Il est confirmé que l'art théâtral à l'hôpital est implicitement une activité artistique mais sa grandeur aura plus de valeur lors d'une représentation sur scène devant un grand public. C'est justement par là que le maître du jeu dramatique cherchera à identifier toute forme de répercussions psychologiques possibles auprès du public spectateur.

Notre travail a bien démontré que le jeu dramatique à l'hôpital est comme celui des grands théâtres. Ils demandent des comédiens, des publics et des metteurs en scène. Ils ont besoin d'un espace de travail, de répétition, de coulisses mais aussi d'exercices de voix, de gestes ainsi que des décors et autres.

En un mot, c'est dans la représentation du spectacle qu'il sera demandé au patient de faire comme un vrai artiste non seulement par le contrôle de ses gestes corporels et faciaux mais aussi par la maîtrise de sa voix et de son regard face au grand public car ce dernier aura, à son tour, à évaluer la performance du comédien patient et le produit présenté.

Néanmoins, il est raisonnable de rappeler que la représentation n'est, en aucun cas, une obligation de l'artiste en charge de mener les ateliers au sein de l'hôpital. Mais, lorsque le maître du jeu constate que les participants maîtrisent bien les gestes scéniques, les textes et les différentes voix ainsi que les règles dramatiques, il peut demander à la direction de l'hôpital d'envisager une représentation publique de l'œuvre créée.

Malgré le succès que la représentation de l'œuvre peut avoir, elle restera toujours un spectacle amateur.

Conclusion du TITRE II

Pour conclure, il est nécessaire de préciser que l'art dramatique participe activement à la socialisation du malade sous plusieurs formes, tantôt sous forme de jeu d'apprentissage et/ou de rééducation et tantôt sous forme de création, de réalisation et/ou de représentation. Quel que soit la forme envisagée, elle demande effectivement différentes méthodes et moyens afin de satisfaire un public visé.

Dans la problématique du dernier titre, notre étude cherchait à démontrer comment, dans le projet de socialisation, le théâtre dramatique peut mettre le malade dans une situation fictive afin de le faire réagir. Comment le théâtre peut lui préparer un bon projet de socialisation ?

Il est illustré que l'atelier d'art dramatique n'a pas de portée artistique professionnelle mais tout au moins il s'inspire toujours des techniques d'acteurs et finit par une représentation en public. C'est ainsi qu'il est également possible de dire que le projet théâtral est un outil facilitant l'apprentissage d'une part, et, d'autre part, aidant tous ceux qui participent à retrouver du sens dans leur vie quotidienne.

Enfin, le théâtre a ses règles à respecter qui aident les participants à se dégager d'une histoire vécue injuste ou violente pour adopter très vite un comportement envisagé. C'est pourquoi le patient expérimente, à travers ce jeu de rôle, son vécu que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de son corps et observe, petit à petit, son présent en y mettant des gestes et des voix. Il permet au public de comprendre son vécu à travers ses expressions émotionnelles.

CONCLUSION PARTIELLE DEUXIÈME PARTIE

Cette deuxième partie avait pour objectif d'exploiter les analyses et les enquêtes faites par cette recherche afin d'extraire les ressentis des participants aux ateliers d'une part, et, d'autre part, de comprendre la valeur escomptée de l'espace d'échange, mais aussi pour répondre à certaines interrogations de la problématique centrale. Il était donc question d'évaluer le service d'établissements psychiatriques et le service d'établissements d'ergothérapie.

On a constaté, tout comme dans la première partie, que les institutions en charge du projet théâtral font l'amalgame entre les missions d'ergothérapeutes, de psychothérapeutes et celles de comédiens dans la mise en place et dans la gestion du jeu de rôles. On peut dire que le médiateur spécialisé, le psychothérapeute, l'ergothérapeute et l'éducateur spécialisé utilisent tous comme moyen de travail le théâtre dramatique dans des ateliers du jeu de rôles comme le font les comédiens participant aux différents projets culturels à l'hôpital. On

constate encore que l'action dramatique est mobilisée par les établissements de soins pour son influence et son potentiel thérapeutique, même si quelquefois on se demande qui fait quoi et quelles sont ses responsabilités dans le jeu.

Toutefois, le même constat montre que ces ateliers participent d'une nouvelle réflexion sur la restructuration, les missions et le devenir de l'espace de soins.

Les études faites sur la mise en place de l'atelier dramatique en direction du public en difficulté montrent que dans certains établissements de santé les acteurs, les comédiens ne sont pas les bienvenus, car leur présence suppose éventuellement la prise en compte d'un temps supplémentaire, un positionnement différent et le respect de normes étrangères à l'établissement, ce qui peut apparaître un peu perturbant.

Durant cette réflexion, il s'est ouvert au fur et à mesure, la question de la recherche identitaire qui présente un intérêt particulier qui mérite d'être approfondie. L'identité de l'individu est attachée à des valeurs individuelles, familiales, collectives et sociales. C'est pourquoi l'intégration du jeu théâtral dans la démarche ou le processus de soins doit absolument répondre à ces valeurs tant individuelles et familiales que collectives et sociales. Cette question est nécessaire, car l'hospitalisation du patient est une période où son identité est perturbée et même fragilisée par sa maladie. Cette période le limite dans ses allers et retours et, à partir de ce projet, le comédien essaie de remédier à cette situation, même partiellement, à travers un jeu de rôles.

En revanche, il est très difficile de pouvoir comprendre à travers la littérature le rôle joué par chacun de ces professionnels durant le projet de prise en charge. C'est vraiment dans la pratique qu'on arrive à faire, même difficilement, une différence et à pouvoir distinguer les missions de chacun. D'un côté, il y a ceux qui travaillent pour des raisons thérapeutiques et, d'un autre, il y a ceux qui travaillent à des mesures de prise en charge globale et de resocialisation, mais il y a aussi ceux qui renforcent l'implantation durable du théâtre à l'hôpital par des actions à valeurs identitaires personnelles et collectives. Cette philosophie répond justement à l'idée générale interministérielle qui cherche à donner à l'hôpital une image relationnelle et à renforcer la volonté d'humaniser l'espace de soins en réaffirmant sa qualité d'espace citoyen.

Il est indispensable de parler ici des valeurs que les patients attendaient de ce projet et de ce qu'ils ont eu comme réponse. On a constaté que l'art dramatique a, en quelque sorte, relevé son défi, car la majorité des participants acceptent les bienfaits du théâtre à travers les jeux de rôles et les échanges entre patients, comédiens et publics, même s'ils sont désapprouvés par quelques-uns. Rien n'est jamais parfait. Il se peut que ce désaccord soit dû au manque de confiance ou à la non-implication totale à l'exercice ou bien à la façon dont le projet a été mené. Il est donc important de réétudier comment remédier à ce désaccord afin d'atteindre un taux plus élevé de confiance des participants.

On demande donc de repenser et de réinterroger l'intégration de l'action culturelle dans le milieu des soins, la manière dont elle est pratiquée et organisée. Il faut donc revoir surtout la stratégie des acteurs partenaires qui financent cette activité. Il faut faire en sorte d'éviter toute forme de perturbation tant du côté du personnel que de celui de l'organisation des institutions et faire rentrer ce projet dans un cadre institutionnel bien organisé plutôt que de le laisser dans le cadre dimensionnel du service. Le théâtre est effectivement un service à valeur ajoutée dans les soins de chacun des patients. L'hôpital doit aujourd'hui dépasser son

statut de simple lieu d'accueil et doit en incarner un autre, celui d'espace social capable de concevoir des projets de vie et de réinsertion pour les résidents ou les hospitalisés. Il faut donc faire de l'atelier un nouveau dispositif d'épanouissement, d'échange, de dialogue, de confiance et de communication dans le milieu des soins, surtout pour les personnes empêchées et les professionnels de santé, car durant ce travail, on a constaté que cet espace joue le rôle d'interface entre ces deux publics, personnels et soignés. Il favorise très rapidement le développement d'un rapport relationnel entre ces deux populations contrairement à la relation institutionnelle. C'est la raison pour laquelle cette recherche s'est particulièrement intéressée aux individus qui ont manifesté une volonté de vouloir changer de comportements et d'améliorer leur état de santé qu'à l'objet de la médiation elle-même.

De plus, quels que soient le courant, la méthode ou le moyen utilisé, le rapport entre ces deux populations s'est développé durant toutes les représentations étudiées qui ont mobilisé les uns et les autres.

Notre travail a permis de constater que le théâtre à l'hôpital est non seulement un moyen de communication démocratique, mais aussi qu'il arrive à mobiliser toutes les catégories d'âge. Il y a, d'une part, beaucoup de participants qui viennent spontanément, sans avoir été influencés, et, d'autre part, d'autres qui finalement acceptent, influencés par l'intérêt du jeu de rôles ou par des camarades de chambre.

On constate au-delà, par le biais des enquêtes menées, que le théâtre a une influence aussi sur la réforme hospitalière – psychiatrie, pédiatrie, médecine générale, maternité et autres spécialités. L'hôpital doit très rapidement envisager un autre statut au patient et changer la définition qui lui est attaché, car il n'est plus uniquement un sujet faisant l'objet d'études médicales bénéficiant des soins. Aujourd'hui, par le biais du jeu théâtral, il est devenu un acteur participant aux décisions de soins et aussi il est un usager du système de soins.

Pour conclure, l'hôpital français change de visage, il n'est plus un lieu d'enfermement ou d'hospitalisation uniquement comme on le considérait il y a quelques années. Aujourd'hui, il est devenu un lieu de transition ou d'intermédiaire entre l'intra et l'extra hospitalier – un espace public. Il est un monument de valorisation d'identités personnelles ainsi que de symboliques qui utilisent la culture comme source principale de valorisation.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Notre travail s'organisait au départ autour deux axes d'analyses distincts pour répondre à la problématique de l'intervention théâtrale au sein de l'hôpital : dans un premier axe, la recherche portait sur des éléments d'analyses relatifs à la politique culturelle dans le domaine de la santé publique d'un point de vue institutionnel et collectif. Après cet angle d'analyse, notre travail se réorientait vers un deuxième axe fondé sur des analyses relatives aux effets du théâtre psychodramatique tant dans des projets collectifs que dans des projets individuels, en étudiant les effets apportés par ce dispositif dans chacun de ces ateliers, auprès des différents acteurs tels que les artistes eux-mêmes, les psychothérapeutes, les patients, les soignants et les proches des patients ainsi qu'auprès des différents publics voyeurs. Cette recherche avait comme grille d'analyse la forme d'un entonnoir, partant d'une généralité – *le collectif* – vers une particularité – *l'individuel* – d'une part, et, d'autre part, des effets du rapport institutionnel aux effets individuels.

L'étude qui vient d'être présentée a, au bout du compte, posé de nouveaux questionnements, mais a aussi apporté des éclairages quant à l'objet et au sens attribué à la médiation théâtrale et à l'action ou à l'activité dramatiques culturelles destinées aux publics empêchés. Il est clair que jusqu'à aujourd'hui, l'atelier culturel artistique et théâtral n'a pas connu d'études purement juridiques et qu'il a fait l'objet de peu d'analyses législatives et de littératures juridiques. La recherche effectuée dans le cadre de l'hôpital, plus particulièrement dans les services de soins psychiatriques, dans les maternités, dans des hôpitaux de jour ou en ergothérapie apporte de nouveaux éléments indispensables quant aux principes et aux réflexions menées via la médiation culturelle dans les milieux de soins hospitaliers.

Tout d'abord, avant de parler des principaux apports de cette recherche, il convient d'observer une par une les étapes de l'évolution actuelle du « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹³³³ instituant le jeu dramatique dans les milieux hospitaliers.

L'histoire du « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹³³⁴.

Il était difficile de parler de droit dans un environnement où la loi ne s'est pas encore exprimée. C'est pourtant nécessaire. La Convention « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹³³⁵ de 1999 et celle de « *Culture et Santé* »¹³³⁶ du 6 mai 2010 ont ouvert la voie.

Comme il a été dit précédemment, l'étude s'est fondée effectivement tant sur une analyse du discours ministériel, celui de Roselyne Bachelot-Narquin, que sur une analyse sur le fond de la convention faisant l'objet de discussion.

Le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication ont procédé à la signature d'une convention le jeudi 6 mai 2010 intitulée « *Culture et Santé* »¹³³⁷ pour renfoncer ce programme dans les services de soins hospitaliers, mais aussi pour poursuivre la politique déjà établie par la convention précédente de 1999¹³³⁸.

¹³³³ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

¹³³⁴ *Ibid.*

¹³³⁵ *Ibid.*

¹³³⁶ Nouvelle Convention, « *Culture et Santé* », signée le 6 mai 2010, entre le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication.

¹³³⁷ *Ibid.*

¹³³⁸ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

La signature de cette convention s'inscrit dans le cadre d'une politique de réformes et du défi – arts et soins –, menés sur l'ensemble du territoire de la santé. Elle a une durée de trois ans renouvelables. Au-delà de ce texte, d'autres conventions vont être établies en direction du public empêché comme celles protégeant les personnes handicapées, les personnes vulnérables ou fragilisées ou encore celles des établissements médicosociaux. C'est aussi le cas des programmes menés dans certains quartiers pauvres ou sensibles – politique culturelle d'excellence, précisés par la ministre de la Santé et des Sports et le ministre de la Culture et de la Communication dans l'étude de RÉUNICA Prévoyance¹³³⁹.

Toutefois, la politique orientée vers des personnes hospitalisées continue ensuite de s'inscrire ouvertement dans la politique culturelle en faveur du public ou des personnes empêchées. C'est dans ce sens que certains points de cette convention sont considérés aujourd'hui comme des avancées au profit du développement et du maintien du « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹³⁴⁰.

Par exemple l'application de l'article L.6114-3 du Code de la santé publique¹³⁴¹ dans lequel la ministre en charge de la Santé déclare l'insertion d'une branche sociale et culturelle dans les contrats pluriannuels, en renforçant des objectifs et des moyens dans le dispositif législatif : « *Hôpital, patients, santé et territoires* »¹³⁴². C'est pourquoi plusieurs professionnels disent que le social et le culturel se conjuguent sur un même plan de travail. La participation ou l'accès direct à la culture est considéré comme un vecteur indispensable à la valorisation individuelle et sociale.

Ces deux ministres sont conscients et reconnaissent largement les enjeux de ce projet culturel tant dans l'amélioration des soins que dans l'évolution de la prise en charge des patients hospitalisés et de leur guérison. Néanmoins, le service de santé domine celui de la culture, car la dimension médicale dépasse les aspects culturels et sa démocratisation qui vont toujours arriver au second plan. Il est donc certain que le ministère de la Santé sort victorieux de ce projet.

On peut constater que ce programme évolue constamment puisqu'au-delà de cette convention, d'autres conventions régionales se sont imposées petit à petit, comme celle qui a été signée bien avant par les DRAC et les ARH et développée par la suite par les collectivités territoriales, mais également comme le Protocole d'accord de 2006¹³⁴³. Il faut aussi parler de la volonté de mettre en place un site Internet à la disposition de ce projet d'une part, et, d'autre part, de la reprogrammation des activités et des journées culturelles dans les milieux de soins. Les actions menées dans le cadre de ce projet seront rassemblées et évaluées par le comité de suivi et d'évaluation interministériel, même si les modalités d'évaluation ont été tardivement définies et mises en place.

Dans cette démarche, on s'aperçoit que d'autres points sont aussi problématiques, car certains propos du discours de Roselyne Bachelot-Narquin vont à l'encontre de l'image d'une action culturelle considérée comme une action occupationnelle et en privilégiant une politique culturelle et artistique. Roselyne Bachelot-Narquin a aussi présenté une image de la culture

¹³³⁹ Etude « *Art et Culture à l'Hôpital* » menée par la Fondation Réunica Prévoyance et Occurrence Healthcare, septembre 2010, p. 3.

¹³⁴⁰ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

¹³⁴¹ Code de la santé publique, *op. cit.*

¹³⁴² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *op. cit.*

¹³⁴³ Protocole d'accord entre le ministère de la Culture et de la Communication, le ministère de la Santé et des Solidarités et le Cercle des partenaires pour amplifier l'accès à la culture au sein des établissements de santé, signé le mardi 10 janvier 2006.

comme étant un puissant facteur de management social, ce qui a renforcé le constat de cette recherche sur la philosophie et sur les dispositions prises par les différentes directions des établissements de santé pour exploiter ce programme au profit de l'évolution des institutions de santé.

Il est effectivement mentionné noir sur blanc dans ladite convention qu'une réflexion doit être menée sur l'architecture et sur l'aménagement des lieux afin de les adapter et de bien les équiper pour que les activités artistiques et culturelles puissent se développer à l'hôpital. Néanmoins, jusqu'à aujourd'hui, aucune mesure de réaménagement n'a été instruite pour concrétiser cette décision. Si la situation ne change pas pour offrir un espace digne de cette activité, cette dernière risque de ne pas perdurer. Il y a donc un manque flagrant de cohésion entre cette politique menée en direction des publics vulnérables et les mesures engagées par les ministères.

Ce projet a cependant eu une influence forte sur d'autres mesures à l'échelle internationale, telles que la Conférence internationale de 1978¹³⁴⁴ à Alma Ata au Kazakhstan suivie par la Charte de l'Ottawa en 1986¹³⁴⁵ ainsi que la Déclaration de Fribourg¹³⁴⁶ sur les droits culturels adoptée à Fribourg, le 7 mai 2007 et le Code de Nuremberg de 1947¹³⁴⁷.

L'influence de ce programme dans la politique de santé publique

Après avoir rappelé l'évolution de ce projet culturel, il est judicieux de parler ou de revenir au sujet central de cette recherche qui est le théâtre dans les milieux hospitaliers. On a pu constater que le jeu dramatique participe activement à la politique de santé publique dans le cadre de l'information, de l'éducation et de la communication sanitaires pour sensibiliser le public sur tel ou tel sujet ou bien même, sur un changement d'habitudes, de comportements ou sur de nouvelles mesures sanitaires concernant la santé d'une manière générale ou touchant un public cible – vulnérable.

Il est ainsi rappelé dans cette étude que le 5 octobre 2010, lors d'une conférence de presse, la ministre de la Santé et des Sports, Roselyne Bachelot-Narquin dévoilait les nouvelles missions de ce programme prévues dans la session de l'année 2011, en direction de la protection des patients et de leurs droits ainsi que de leurs proches dans les milieux de santé. La question de la « *bientraitance* » dans le secteur social comme dans celui du médicosocial apparaît au premier plan de ces thématiques. Le théâtre s'est approprié cette notion et en a fait usage dans ses pratiques. Toutefois, la « *bientraitance* » fait l'objet de plusieurs réflexions tant dans le domaine de la santé qu'au sein des institutions, avec comme point commun l'élimination totale de la maltraitance des patients et de leurs proches.

Déjà la loi de 2005¹³⁴⁸ portant sur l'égalité des droits et des chances avait renforcé ce dispositif en plaçant les usagers au centre de ce mécanisme qui soutient ou favorise les droits des personnes en situation de handicap. Cela montre que la notion de la « *bientraitance* » est apparue un peu tard dans le système de prise en charge au sein de la santé publique.

¹³⁴⁴ Conférence internationale du 12 septembre 1978 à Alma-Ata au Kazakhstan, *op. cit.*

¹³⁴⁵ OMS, « *La charte d'Ottawa* », *op. cit.*

¹³⁴⁶ « *Les droits culturels, Déclaration de Fribourg* », *op. cit.*

¹³⁴⁷ Code de Nuremberg, *op. cit.*

¹³⁴⁸ « 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.

En revanche, cette notion reste jusqu'à aujourd'hui difficile à définir, car la « *bienveillance* » doit se situer dans le respect du patient et dans sa satisfaction. Plusieurs définitions sont avancées comme celle portée par l'art dramatique qui définit la « *bienveillance* » comme l'absence de « *maltraitance* ». La « *bienveillance* » doit être présente dans l'ensemble des établissements de santé tout comme à domicile et elle touche non seulement les personnes âgées, mais aussi les enfants et les personnes handicapées. L'objectif est de développer la « *bienveillance* » pour combattre la maltraitance avec une grande détermination, afin de protéger tous ceux qui sont en situation de vulnérabilité, de fragilité ou de faiblesse et qui ne peuvent pas se défendre. Malheureusement, le combat est loin d'être fini, mais gagne tout du moins quelques batailles. L'art de Molière ne peut seul éliminer cette malédiction, il faut aussi augmenter la surveillance et la vigilance dans les services de soins.

Il est donc important, dans tous les services de soins, d'informer le patient avant de commencer toute activité dramatique. Il faut recueillir le consentement du malade et son approbation pour participer volontairement à la démarche artistique. Toutefois, certains praticiens négligent cette procédure, soit parce qu'ils ne sont pas bien informés de la valeur du consentement du patient, soit parce qu'ils ne savent pas qu'il faut le demander.

Ces analyses montrent qu'une volonté politique culturelle existe et se développe en faveur des publics empêchés et la chance d'avoir accès à la culture ou au théâtre, pour ceux qui en sont les plus éloignés, est un enjeu majeur de la politique sanitaire et de la politique culturelle sur l'ensemble du territoire français. Il est important de dire aujourd'hui que l'art théâtral a certainement permis de répondre à de nombreuses interrogations et préoccupations, qu'elles soient locales ou territoriales, mais il a aussi fait l'objet de certains clivages entre les institutions hospitalières.

Le théâtre comme réponse apportée à certains malaises de la profession hospitalière

Il est certain que la pratique du théâtre à l'hôpital a répondu au malaise qui frappe la profession des soignants, car elle a permis plusieurs fois aux praticiens de soins de prendre du recul et de repenser autrement leurs pratiques pour mieux s'adapter à des situations gênantes et de prendre des mesures plus adéquates leur permettant d'assurer la prise en charge des malades. On a pu constater que leur participation à des ateliers dramatiques favorise de plus en plus la prise de conscience des obstacles qui les empêchent d'avancer ou qui leur imposent des agissements incohérents dans la situation ou dans l'environnement qu'ils fréquentent.

L'intégration des ateliers de théâtre dans les milieux de soins marque ouvertement une rupture dans la profession des soignants, car elle leur permet de se poser des questions sur la place qu'ils occupent aujourd'hui et sur les apports qu'ils contribuent à développer vis-à-vis des personnes auxquelles ils souhaitent apporter des soins.

On peut dire que la présence des soignants dans les ateliers dramatiques gêne certains patients puisque la « *blouse blanche* » ne favorise pas la décompression du malade et ce dernier n'arrive pas toujours à faire la différence entre le jeu de rôles mené par le comédien dans le cadre du projet culturel et les soins qui lui sont prodigués par son soignant. Cette présence dans l'action dramatique peut donc être considérée ou interprétée comme une forme de dérangement, d'ennui ou d'insatisfaction due à la force qu'ils incarnent lors de l'exercice dans la conscience du patient ou dans le mécanisme du jeu et dans le quotidien du malade.

Ils doivent rester strictement à leur place de soignants et libérer davantage le champ des ateliers théâtre aux artistes pour qu'ils puissent garder leur particularité. Certes, leur participation montre une volonté de pouvoir développer et contribuer à l'évolution de l'état de santé du patient, mais elle peut comporter aussi des risques à l'égard des patients. Ce projet crée entre autres un clivage entre les salariés et les comédiens dans la pratique d'art. C'est aussi le cas pour les différents acteurs de ce projet. Ils éprouvent cette même confusion et ne savent pas comment s'impliquer et trouver un système de financement qui corresponde à la manière dont la pratique artistique est mise en place. Les modalités d'octroi des subventions, quasi systématiques sur les grands centres d'accueils et de soins hospitaliers en témoignent. On constate aussi que les modalités de subventions et d'aides accordées ne font que multiplier les disparités régionales. C'est pourquoi ce travail demande de repenser les différentes modalités d'applications de la Convention nationale afin de respecter les prérogatives locales et de très vite les harmoniser dans l'ensemble des régions.

Il paraît donc indispensable, à l'issue de ce projet, d'ouvrir un autre métier au sein de l'hôpital qui aura pour mission les affaires culturelles et les études de projets, mais qui ne sera pas rattaché à un autre service, comme le font déjà certains établissements de santé. Ils attachent ce service à un autre sous la gestion d'un administrateur qui se sent très à l'aise dans les activités culturelles. Cette responsabilité ne doit en aucun cas être rattachée à un autre service pour éviter de mêler plusieurs affaires dans un même service.

Le fait que soignants ou thérapeutes de formation ou même artistes se revendiquent aujourd'hui comme art-thérapeutes sans qu'il existe des mesures réglementaires et législatives peut amener à ce qu'il y ait un peu partout des thérapeutes ne maîtrisant réellement ni le cadre et ni le fondement des techniques du métier d'art-thérapeute. Non seulement ces derniers connaissent un problème de statut, mais encore leur formation souffre d'absence de normes puisque chaque école a son idéologie et ses matières pédagogiques spécifiques dans sa formation. On constate qu'un artiste de formation n'exerce pas de la même façon qu'un ergothérapeute qui a bénéficié de la même formation.

On constate encore aujourd'hui que les comédiens-participants aux projets rencontrent des difficultés d'intégration en l'absence de textes législatifs et qu'ils ne savent pas exactement quel est leur statut. Ce même problème atteint et perturbe aussi les art-thérapeutes, car ils ressentent de leur côté aussi un problème de reconnaissance. Certes, il y a des universités qui délivrent des diplômes jusqu'au niveau des masters professionnels et aussi des certificats professionnels délivrés par des institutions privées. Malgré la reconnaissance de ces titres et de leur pratique du terrain, le métier d'art-thérapeute souffre du manque de reconnaissances officielles de la part de l'État.

L'activité dramatique : une perturbation dans un cadre institué

Le milieu théâtral est un espace tant physique que psychique qui favorise le lien immatériel et matériel et qui aide le développement de sensations et de resocialisations.

Le travail mené dans cette recherche constate une anomalie sur le plan de la philosophie principale et de la sociologie des organisations institutionnelles. C'est pourquoi on dit que le jeu de rôles dans les établissements de santé produit des perturbations. Certes, on a bien constaté que les activités qui se déroulaient pendant quelques minutes ou quelques

heures, soit par semaine soit par mois, nécessitent absolument une réorganisation et une réadaptation internes des services de soins concernés. Les soignants qui participent à l'accompagnement du patient lors des ateliers théâtre acceptent d'avoir une surcharge de travail, mais le personnel restant se trouve alors en sous-effectif dans leurs services habituels. Ce travail montre que parfois, le personnel soignant se réapproprie cette activité théâtrale et l'insère dans sa logique de prise en charge du patient et contribue ainsi à la mise en place de ce projet.

De ce fait, il apparaît à ce niveau que le jeu du théâtre dramatique ne s'applique que sur des thématiques purement liées à la préoccupation soignante. Par conséquent, on voit que l'esprit philosophique et artistique de la politique du jeu à l'hôpital est dénaturé. Il n'est plus observé comme un processus de prise en charge globale de soins du patient, mais plutôt comme une prise en charge médicale. Ça ne doit pas être le cas. Non seulement il doit modifier le cadre établi par l'institution, mais il doit modifier aussi l'institution elle-même via son atelier et le profil des soignants participants. En général, après l'atelier, ces derniers reviennent à leur fonction, ce qui montre la polyvalence imposée au personnel. Dans le désir de bien mener les séances dramatiques, les personnels participants démystifient leur rôle principal et les patients se trouvent alors dans la confusion du temps dramatique, de sa nature et celui des soins médicaux. On peut dire que le théâtre joué dans les milieux de soins transgresse les rituels de l'hôpital. Ce dernier devient un espace purement citoyen, car les interactions des séances se déroulent dans les échanges d'individu à individu, avec des attitudes bien définies par des codes et des comportements spéciaux. Le problème ne se limite pas là cela : il touche même le monde extérieur, car le cadre mobilisé pour être l'espace de la séance théâtrale n'est toujours pas reconnu comme cadre social par l'ensemble de la communauté hospitalière. Que ce soit en psychiatrie, en hôpital de jour, en chirurgie ou en maternité, l'art dramatique est porteur de règles distinctes qui vont à l'encontre des cadres primaires inspirés par ces institutions.

C'est pourquoi cette étude demande concrètement qu'une solution soit trouvée pour éviter cette confusion persistante et permettre au personnel soignant et aux artistes de se différencier dans leur travail, d'être considérés, et de reconnaître au théâtre un statut et un cadre social à part entière au sein de l'hôpital. Cette séparation, en même temps reconnaissance, permet à l'art de Molière de répondre aux exigences, aux attentes et aux besoins du personnel de l'hôpital tout comme à ceux du patient. Le fait d'inclure cet art dans les objectifs et la démarche citoyenne et de permettre l'accès à la culture des personnes en situation de fragilité et même hospitalisées ne semble pas satisfaisant du point de vue du praticien médical. En effet, c'est au côté de la prise en charge globale que le théâtre incarnera le mieux son dynamisme et sa place dans le processus de soins du patient.

Le théâtre invite à repenser la méthode de prise en charge des hospitalisés

Au cours de cette étude, on a pu constater que l'art dramatique en milieu de soins contient une philosophie artistique et sociale qui considère la personne hospitalisée ou tous les participants comme des individus ou des citoyens à part entière et non comme un sujet faisant l'objet d'études médicales et à qui il convient de prodiguer des traitements ou toutes formes de soins. C'est ce que les artistes essaient de transmettre comme thématique indispensable à

leur action de « *démocratisation sanitaire* ». C'est pourquoi notre étude propose de se réinterroger sur le système de prise en charge des personnes malades, car c'est là qu'apparaît le malaise et de nombreux praticiens demandent que les limites de la prise en charge médicale soient bien définies. Toutefois, le débat est jusqu'à aujourd'hui très lent et accaparé par la confrontation des professionnels soins et des professionnels artistiques. Pour apporter une meilleure réflexion sur ce sujet et aborder cette question sereinement, il conviendrait donc maintenant d'inviter le corps des juristes et celui des législateurs pour élargir le débat et repenser davantage cette question en termes de complémentarité.

Ce travail propose une avancée dans cette réflexion et demande que le théâtre contemporain – art de Molière – soit considéré en médecine d'une autre manière. En effet la prise en charge ne doit pas effectivement se limiter uniquement à celle de soins médicaux, elle doit absolument avoir une autre dimension citoyenne et sociale pour laquelle l'activité dramatique apparaît particulièrement appropriée.

La désertification des ateliers théâtre

Cette étude a identifié un souci majeur et non négligeable : la désertification des ateliers théâtre. Certes on parle aujourd'hui d'un « *Programme Culture à l'Hôpital* »¹³⁴⁹, mais son évolution semble être lente. On peut même dire qu'il est jusqu'à maintenant en phase d'expérimentation, car ce ne sont ni tous les malades, ni tous les hôpitaux ou tous les publics qui bénéficient de cet avantage. Certains hôpitaux se voient pénalisés et ne bénéficient pas de cette nouvelle politique pour des raisons de clivages financiers et de faiblesses économiques. Tout d'abord, ces hôpitaux sont frappés par une réduction du nombre de lits et de personnels et actuellement le constat montre l'absence de certaines mesures d'intégration de la culture d'une manière générale ou du théâtre en particulier, au sein de ces institutions. On peut donc dire que le jeu de rôles est relégué au second plan par plusieurs dirigeants et acteurs hospitaliers.

Si ce constat n'est pas contredit par des mesures concrètes d'ici peu, la pérennité du jeu dramatique serait bien sûr mise en cause. En outre, il est absurde que bon nombre d'hôpitaux ne bénéficient pas encore de ce savoir-faire : c'est aberrant et désolant, car à plus ou moins long terme, ils ne connaîtront jamais ce dispositif puisqu'il est dégressif. On peut dire que le jeu de rôles connaît un risque d'abandon et apparaît comme déplacé. Il est même laissé en marge.

Nonobstant, cette recherche a rendu public ce qu'un jeu de rôles ou ce que le théâtre pouvait apporter à l'ensemble du processus de soins des personnes hospitalisées ou en difficulté. Mais il faut donc éviter de reconnaître aux ateliers théâtre une fonction thérapeutique qui n'est pas et essayer au contraire de l'intégrer dans le champ culturel de la prise en charge.

¹³⁴⁹ Convention signée le 4 mai 1999, *op. cit.*

Réponses aux attentes du projet dramatique

On part de l'hypothèse que l'art dramatique et thérapeutique s'adresse effectivement à des personnes qui ont avant tout des difficultés de communication, d'expression, d'insertion ou de réinsertion et de relations. La recherche s'est intéressée à des personnes d'âges variés comme enfants, jeunes, adultes et personnes âgées, mais aussi à toutes formes de pathologies comme maladies incurables, difficultés psychiques ou psychologiques, exclusion sociale, traumatismes, anxiétés, angoisses, stress et handicaps ou autres.

Notre travail a mis en question le corps de l'homme, tout en cherchant son ressenti dans un travail collectif et individuel. Le corps indiqué ici est celui du physique, du mental et du spirituel. Ces trois corps sont analysés à la fois dans le réel et dans le ludique, dans le vécu et dans l'imagination.

La majorité des participants aux ateliers théâtre témoignent que l'action théâtrale s'avère bénéfique, d'une part, par la séparation ou la rupture qu'elle provoque entre le temps des soins médicaux et le temps du jeu des personnages incarnés et, d'autre part, parce que l'espace du jeu constitue une autre manière de s'exprimer ou de communiquer certains sentiments, émotions ou douleurs pour les personnes en difficulté et en souffrance. Par l'épanouissement et le changement de comportement qu'il provoque chez les participants, par le développement du narcissisme auquel il contribue ou par la reconstruction personnelle et identitaire ainsi que par la reprogrammation ou réappropriation du vécu qu'il favorise, le jeu peut être défini ou retenu comme un véritable espace de réinsertion, de réorganisation, de réintégration et de resocialisation du patient au sein de l'hôpital. En revanche, on ne peut toujours pas dire qu'il favorise un début de resocialisation sans que l'individu s'implique davantage dans l'échange d'une expression esthétique en groupe ou individuellement.

Néanmoins, il est démontré que la pérennité du jeu théâtral dans les milieux de soins dépend de la reconnaissance de son intérêt par le praticien ou le personnel. Mais cet intérêt doit aussi répondre à des besoins professionnels, ce qui ne sera admis qu'en reconnaissant et en intégrant officiellement et de façon pragmatique le théâtre dans l'ensemble de la prise en charge des patients.

Dans ce sens, cette étude propose de donner au jeu théâtral une place prépondérante dans les missions octroyées à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) dont l'idée générale aurait pour objectif de proposer un dispositif plus global de prise en charge qui intégrerait étroitement aussi bien la population que les villes et les hôpitaux.

S'interroger sur le statut de l'artiste et les missions accordées

Il est clair que le comédien est au centre de la réussite de la médiation théâtrale et artistique. Notre travail confirme expressément sa place qui est même un facteur incontournable au sein de l'atelier. Son statut de médiateur, de passeur ou de conducteur s'est confirmé tout au long de la démarche de cette recherche. Or, il n'y a pas de règles spécifiques caractérisant l'intervention du comédien professionnel dans les services de soins psychiatriques, de maternité, de médecine générale ou de chirurgie, comme ça a été le cas pour les art-thérapeutes, les ergothérapeutes, les psychothérapeutes ou les infirmiers (ères). Le comédien cherche sa place par la rencontre et/ou les échanges aboutissant à un travail

constructif liant d'une part, l'artiste lui-même et, d'autre part, les participants. Le fait de transmettre, à travers la pratique artistique, des compétences susceptibles d'être réexploitées ensuite par le patient ou bien même par le professionnel soignant, constitue l'un des objectifs principaux de l'intervention de l'artiste dans tous ces services ou vis-à-vis des différents publics empêchés. Selon les différentes enquêtes menées par cette étude, on peut dire que l'artiste est investi d'une mission citoyenne même si cela n'est toujours pas clair ni défini par la loi.

Cette pratique théâtrale permet aux participants d'explorer lors des séances une palette d'expressions qui peut être considérée comme un facteur de stimulation des expressions individuelles ou collectives.

Les quelques artistes qui manifestent la volonté de participer à ce programme sont des précurseurs, ils ont un défi à relever qui pourrait se généraliser avec comme première étape le fait de considérer leur intervention à l'hôpital comme un travail utile à la santé des patients. Aujourd'hui, l'artiste n'approuve plus la création solitaire ou la création pour soi. Cette dernière est de plus en plus obsolète, démodée et désuète et n'apporte plus rien de nouveau à l'artiste. C'est pourquoi, dans cette insatisfaction, il éprouve le besoin de partager, de donner plus de sens à son travail – à son œuvre. Toutefois, cette réflexion ouvre encore un autre débat tant sur l'évolution du processus de création que sur le champ de la médiation théâtrale.

Se réinterroger sur le statut du comédien n'est pas anodin, car avant cette politique d'intégration de la « *Culture à l'Hôpital* »¹³⁵⁰, celui-ci était reconnu pour son style spécifique qui interrogeait son public ou tout individu par le biais de ses différentes créations – ses œuvres. Or, les missions données à l'artiste envers des publics empêchés renversent la situation et entraînent une inversion des rôles régulièrement établis par le mythe du jeu. Il est aussi question de réfléchir sur la création commune de l'œuvre favorisant une modification de ses représentations habituelles à l'égard des personnes en difficulté.

Il est donc temps que le législateur se mette à réfléchir à la question du statut du comédien participant à ce programme afin d'éviter tout amalgame, tant dans ses missions que dans l'exercice de son art.

Repenser le statut de l'œuvre artistique à l'hôpital

Le statut de l'œuvre du patient produite en atelier d'art-thérapie constitue encore un sujet de discussion susceptible d'intéresser les juristes, car la plupart des écrits de la littérature ne considèrent pas ces œuvres comme de vraies œuvres d'art identiques à celles des artistes professionnels, même si beaucoup d'entre elles expriment des qualités esthétiques incontestables.

Durant cette recherche, il a été montré que l'œuvre finale n'est pas l'élément important ou l'objectif principal de l'atelier théâtre à l'hôpital, mais plutôt le cadre instauré par ce dispositif pour stimuler les émotions du patient et pour confier ses sentiments au directeur du projet. Toutefois, peu importe le statut de l'œuvre, celle-ci ne demande pas à être dévoilée dans n'importe quelle condition. C'est ici que le patient cherche à instaurer sa confiance.

¹³⁵⁰ *Ibid.*

Il est encore temps de repenser le statut de l'œuvre du patient, car rien n'indique qu'il est possible, en art-thérapie, de vendre ou de commercialiser l'œuvre finale des participants. Elle doit être plutôt conservée précieusement par l'établissement de soins dans une galerie puisqu'elle est l'élément principal sur lequel le malade dépose ses souffrances.

Elle est considérée aujourd'hui comme le fruit de l'« *art des fous* ». Actuellement, plusieurs collectionneurs s'intéressent à cet art pour extraire un style académique faisant l'objet de plusieurs imitations par de grands artistes de qualité et commercialisé généralement sous l'image de l'art brut ou sous le nom d'art naïf. On constate que la plupart de ces œuvres sont commercialisées dans les réseaux sociaux ou dans les journées portes ouvertes des institutions qui détiennent ces œuvres. Pourtant, il paraît évident de comprendre que les personnes présentant une pathologie de schizophrénie ne sont pas capables de mettre leurs œuvres, que ce soit de la danse, des peintures, des marionnettes ou une œuvre dramatique, sur le marché des réseaux sociaux et qu'en général, cela n'est pas de leur initiative. Ils ne sont pas les responsables directs de cette commercialisation. La plupart des patients découvrent que leurs œuvres sont en vente sans leur accord¹³⁵¹ et bien qu'ils reconnaissent leur savoir-faire, ceci ne plaît absolument pas aux patients participant à ces projets.

L'accord d'un mineur ou d'un patient placé sous tutelle est donné soit par ses parents soit ses représentants légaux.

Il faut rappeler quand cas d'achat d'une œuvre le propriétaire n'acquiert que le support matériel mais les droits de la propriété intellectuelle tels que les droits patrimoniaux et le droit moral appartiennent toujours à l'auteur de l'œuvre (cf. articles L.121-1 à L.122-12 du Code de la propriété intellectuelle).

Le droit moral est perpétuel, inaliénable et imprescriptible. Il est lié à l'auteur et il ne peut y renoncer ni le céder à autrui c'est pourquoi après son décès, « *ce droit persiste au bénéfice de ses ayants droit pendant l'année civile en cours et les soixante-dix années qui suivent* »¹³⁵² selon l'article L.123-1 du même Code. Au-delà, l'œuvre tombe dans le domaine public, elle sera à la disposition de tous et peut être exploitée librement tout en respectant le droit moral qui perdure.

Cette recherche a bien mis en évidence que le rôle que joue le soignant est d'accompagner le malade dans l'ensemble de la démarche esthétique ainsi que dans celle du soin. Il ne doit en aucun cas être considéré comme coauteur de l'œuvre.

Réponse du projet théâtral considéré beaucoup plus comme support et moins comme finalité

La majorité des participants démontrent à travers leurs personnages que l'incarnation de leurs rôles leur apporte un changement de physionomie lors de la séance et ils n'en sont affectés que dans ce petit moment de travail. Si l'on se réfère à cette hypothèse, on peut déduire que le jeu de rôles ou la « médiation » théâtrale n'apportent de valeur que dans cet espace limité par les méthodes du jeu dramatique et n'est pas destiné à produire des effets après l'exercice. Ce constat s'avère inexact, car cette recherche a bien démontré et illustré par des exemples que les effets des séances de partage rendent la « médiation » théâtrale influente au-delà de ce temps limité. Cela va de soi : c'est dans la confiance ressentie par le malade et

¹³⁵¹ V. titre : « *b) Les conséquences juridiques des œuvres produites dans l'ateliers théâtral* », p. 500, s.

¹³⁵² Code de la propriété intellectuelle, op.cit.

dans son regard posé sur ce moyen de prise en charge que s'expriment durablement les effets du théâtre par le biais de l'atelier. Si on s'en tient à l'évidence de ce point de vue qui a une dimension générale, cela impose donc de repenser le rôle exact de la « médiation » théâtrale dans l'enceinte des soins. Sans approfondir cette réflexion, le projet théâtral risque de perdre sa qualité ainsi que son caractère consacré au profit de son expérimentation.

C'est ainsi que ce travail avance ou encourage l'idée de support et non de finalité de la rencontre de partage ou de la coproduction d'œuvres menant une pratique esthétique qui deviendrait par la suite l'élément de départ d'une éventuelle évolution des représentations sociales en faveur des personnes en difficulté. Accorder au théâtre une telle observation bouleverserait bien évidemment la manière d'envisager l'action dramatique comme finalité de « médiation » théâtrale reconnue aujourd'hui comme l'unique processus liant l'œuvre finale et un public. Ce travail a donc démontré une nouvelle manière d'élargir et de développer le champ potentiel du théâtre psychodramatique dans l'espace de soins. Par conséquent, il convient donc d'accepter explicitement que l'art de Molière soit pourvu d'effets permettant de réinsérer le patient dans son cadre social. Le reconnaître de cette façon ne dénature absolument pas l'action théâtrale menée par le comédien. Bien au contraire, ce point de vue élargit son domaine de travail et le champ de ses compétences.

Le théâtre : un dispositif reproductible dans certains services de santé

On a bien vu tout au long de cette recherche que les assises théâtrales constituent un espace de communication favorisant une expérimentation esthétique en milieu de soins. Le bienfait du théâtre peut aller au-delà du champ traditionnel envisagé par cette étude. Il conviendrait donc d'élargir cette recherche et de poursuivre ce projet de façon plus développée sur les différentes actions menées en direction des publics empêchés, tout comme dans d'autres espaces ou environnements susceptibles de contraindre et de nuire tant à la valeur qu'à la connaissance de la pratique théâtrale. Dans ce cadre, il est possible de prendre comme référence différentes zones sensibles telles que les quartiers pauvres, les maisons de retraite, les établissements scolaires et/ou pénitentiaires. Le comédien peut aussi investir son savoir-faire dans ces différents cadres par le biais des ateliers d'échanges. Toutefois, il ne faut pas oublier que les effets recherchés par ce dispositif ne sont reproductibles que par l'usage du respect de certains paramètres.

Les conclusions de cette recherche confirment la nécessité d'un espace approprié et dédié à l'activité dramatique. Cette dernière doit être géographiquement distincte des différentes actions thérapeutiques menées par les centres hospitaliers. Il faut absolument éviter de partager cet espace avec d'autres actions qui pourraient nuire à la reconnaissance et à la légitimité de l'action théâtrale. Il pourrait donc être proposé aux différents projets de construction des nouveaux établissements hospitaliers de prévoir une clause stipulant l'obligation de la mise en place d'un espace adéquat consacré uniquement à accueillir les activités théâtrales. Cette obligation ne doit pas épargner les établissements déjà en place, car ils peuvent réaménager certains bâtiments tombés en désuétude pour y installer les assises théâtrales et d'autres manifestations culturelles. Ces lieux marquent incontestablement la présence de l'artiste qui est indispensable dans la réussite du jeu, mais aussi démontre sa non-appartenance à tel ou tel service. Cette indépendance aide les participants à se libérer et à

s'exprimer de façon naturelle et à représenter un autre visage. Cette théorie permet de contrebalancer et de présenter une autre image que celle de la rigueur du cadre institutionnel considéré par plusieurs participants comme pénible et pesant dans le rapport entre ces derniers et le personnel soignant ou tous les acteurs investis.

De plus, pour mieux développer l'action théâtrale dans les différents services de l'hôpital, il est nécessaire de repenser d'autres points indispensables aux projets théâtraux tels que la manière dont le consentement du malade est recueilli, la valeur de sa parole et la qualité de la prise en considération de ses attentes. Par ailleurs, l'équipe soignante doit être impliquée dans la construction du projet sans y prendre part lors de sa réalisation pour éviter de l'influencer. Il faut inscrire le projet théâtral dans un autre cadre que celui du projet de soins afin d'éviter l'amalgame entre projet théâtral et culturel et projet de soins thérapeutique. Cela pourrait passer par l'intégration d'un module de formation théâtrale, artistique et culturelle spécifique au sein de la formation initiale des personnels soignants, par exemple en Institut de Formation en Soins Infirmiers, comme cela a été avancé par la Convention de 2010. À défaut de ce module pédagogique, leur participation aux différents projets théâtraux et culturels risquera d'avoir des conséquences néfastes non négligeables, susceptibles de nuire et de causer des dommages à l'évolution de l'état de santé des patients et à la réputation des institutions ainsi qu'aux personnels soignants impliqués. Avant d'établir un projet de jeu dramatique, le comédien doit aller à la rencontre des patients et du personnel afin de bien identifier les attentes de chaque partie, mais aussi de répondre aux obligations de l'institution, lieu d'activité, et à ceux du programme interministériel. Le théâtre tel qu'il est pratiqué actuellement à l'hôpital doit impérativement redoubler d'efforts pour devenir incontournable dans chaque service. Il est essentiel de changer de rapport ou de stratégie afin de multiplier le positionnement et la force du théâtre au détriment de la vitesse insensée.

Cette proposition encourage à prendre en considération le théâtre dans la prise en charge globale du malade, non seulement parce que c'est une réalité confirmée par cette étude, mais aussi parce que c'est l'un des moyens qui permettrait de rassembler en masse les salariés sur ce projet.

En définitive, ce travail voudrait que les perspectives de cette réflexion soient élargies en étudiant davantage de nouveaux terrains comme les établissements scolaires, les établissements pénitentiaires, les zones des publics vulnérables, les quartiers sensibles et le milieu du travail. Il serait également souhaitable de voir en profondeur la valeur escomptée de l'action dramatique sur des publics en difficulté, non pas de leur point de vue, mais plutôt de celui de ceux qui sont indirectement touchés par ce programme en faisant allusion aux médecins du travail, aux brancardiers, aux surveillants des établissements scolaires et pénitentiaires, aux membres des familles et aux travailleurs sociaux dans les quartiers.

Ce travail propose également la mise en place d'un encadrement législatif protégeant l'intégration de l'art de Molière au sein de l'hôpital, car cette activité connaît des codes de déontologie qui ne répondent pas aux besoins et aux objectifs définis et qui sont rédigés dans une forme non appropriée à la rédaction juridique. L'élaboration d'un texte d'initiative législative, comme la majorité des textes juridiques ou des droits, est encadrée par des normes et un certain nombre de règles de fond et de forme caractérisant sa « recevabilité »¹³⁵³. Le

¹³⁵³ Bruno BAUFUMÉ, « Rédiger la loi, guide de rédaction des propositions de loi et des amendements », Éd., Septembre 2007, p.13.

texte doit être cohérent pour qu'il soit efficace. La démarche normative demande dans chaque phrase une cohérence juridique, de veiller à ce que le texte soit compatible avec les différents textes existant déjà et surtout d'éviter toute discordance entre le texte élaboré et le développement des motifs présentés.

Il faut éviter les redondances normatives et l'auteur doit s'assurer que le texte adopte les formulations et les terminologies générales existant déjà dans le secteur juridique concerné. Le dispositif doit être lisible et compréhensif pour remplir sa fonction sociale de code de conduite et répondre à la problématique posée.

Il faut éviter à tout prix que chaque jour la multiplication des codes de déontologie se fasse sans respecter les normes des dispositifs juridiques.

Il est également indispensable que le législateur définisse tout d'abord explicitement le statut de l'artiste à l'hôpital, mais aussi celui de l'œuvre du patient effectuée dans l'atelier théâtral, culturel et artistique.

Par conséquent, notre travail propose comme statut de l'artiste, en prenant en compte son niveau d'intervention, celui des ergothérapeutes puisqu'ils utilisent le même moyen d'exercice, ils ont les mêmes activités et parfois des méthodes semblables bien que leurs analyses et leurs finalités ne soient pas les mêmes.

En ce qui concerne l'œuvre effectuée par le patient en atelier de soin, elle doit avoir le même statut que celle des artistes puisque ce n'est pas la folie qui crée mais plutôt la conscience du patient. Certains artistes disent que les patients improvisent mais ils oublient que l'improvisation fait partie des méthodes créatives de la science dramatique ou de l'art en général.

Au-delà de ces réflexions, pourquoi ne pas repenser les modalités de financement accordé aux activités théâtrales et aux différents projets culturels pour faire en sorte d'éviter la désertification de l'art dramatique dans les centres de soins ?

On constate actuellement que la crise sanitaire, Covid-19, est venue frapper ces deux secteurs fragiles, la santé et la culture, déjà en proie depuis longtemps à d'importantes difficultés financières. Les hôpitaux souffrent d'insuffisance de personnel et les patients ne bénéficient pas de temps de soins satisfaisant.

Actuellement et dans les mois à venir, les artistes, plus particulièrement ceux du spectacle vivant, ne pourront plus assumer leurs charges. Certes, elles sont reportées mais pas annulées et, au-delà, ils ont encore des achats de matériel et des frais de production à supporter. Pourtant durant cette période ils n'ont pas eu la possibilité de se produire sur les scènes.

Pendant cette période de Covid-19, les artistes devaient accompagner le corps médical pour diffuser des informations adaptées aux circonstances sanitaires et aux différentes participations citoyennes aux actions de solidarité mais à défaut de financement leur accompagnement était quasiment absent.

Revoir les mesures de financement du secteur culturel permettra aux artistes de renforcer leur rôle d'acteur de prévention et de promotion de la santé, d'éducateur thérapeutique ainsi que leur qualité de prise en charge des patients.

LE BAISSER DE RIDEAU

ANNEXES

ANNEXE NUMERO 1 : DISCOURS DES MINISTRES

Discours
Contact presse
Département de l'information et de
La communication
01 40 15 80 11
service-presse@culture.fr
SEUL LE PRONONCE FAIT FOI
www.culture.gouv.fr

Discours de Frédéric Mitterrand, ministre de la Culture et de la Communication, prononcé à l'occasion de la signature de la convention Culture et Santé avec Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports

Madame la Ministre, chère Roselyne BACHELOT-NARQUIN,
Mesdames et Messieurs,
Chers amis,

« Beaucoup / Longent l'hôpital // Comme si cela / Ne les concernait pas », écrit le poète Eugène GUILLEVIC, à l'occasion d'un séjour dans l'une de ces institutions : l'hôpital, que nous prenons parfois pour un monde éloigné, est en fait, à bien des égards, à l'image de notre société. Il reflète nos valeurs – nos peurs, mais aussi nos aspirations. Pendant trop longtemps, il est resté un lieu séparé du reste de la société et s'est même parfois voulu un espace de « grand renfermement » de tout ce qui n'avait pas droit de cité. Puis on a compris, peu à peu, que les lieux de santé – je dis bien de santé, et pas de maladie – devaient être intégrés au reste de la cité et de ses activités. En particulier, nous avons compris que la culture a un rôle clef à jouer à l'hôpital, sinon dans le processus de guérison, du moins en accompagnement, ainsi que dans la relation triangulaire qui existe entre le patient, ses proches et les professionnels de santé. Nous avons perçu que la culture pouvait être un auxiliaire, un médiateur et même, peut-être, un levier essentiel de guérison.

Ces affinités électives de la culture et de la santé ne sont d'ailleurs 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 soient pas uniquement centrées sur la seule question organique, mais qui sachent, plus largement, prendre en compte la dimension psychologique, spirituelle et culturelle du patient – au moyen, en particulier, de la musique, du dessin, de l'écriture, etc. Tel PROUST découvrant avec émerveillement le fameux « théâtrophone » et son pouvoir de faire entrer la musique 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, je l'espère, d'éveil aux mondes de la culture. Lorsque je dis qu'il doit en avoir « la possibilité », je pense à ce droit fondamental d'accès à la culture pour tous et pour chacun d'entre nous, et peut-être surtout pour ces publics qui en sont éloignés par la maladie. Il est de notre devoir de donner à l'hôpital cette vertu initiatique, de faire des lieux de santé l'emblème

d'une « culture pour chacun », quel que soit l'espace et le moment de vie où nous nous trouvons.

Ainsi, après être devenus des lieux d'enseignement et de recherche, les hôpitaux sont aussi devenus des lieux ouverts aux arts et aux artistes. Pas à pas, les ministères de la Santé et de la Culture se sont rapprochés, initialement par la création de bibliothèques en milieu hospitalier, puis par la signature d'une première convention en 1999. Cela peut paraître bien tardif, mais il est toujours aisé de porter un jugement rétrospectif, et c'est faire bon marché des résistances, des préjugés, et même des blocages qui, là comme ailleurs, retardent souvent les grandes réalisations. L'essentiel est que nous ayons la volonté de continuer à nous mobiliser, et d'aller plus loin encore dans cette voie.

Si nous nous retrouvons aujourd'hui, onze ans plus tard, c'est que de nombreux succès se sont bâtis sur cette volonté commune, dont certains d'une qualité exceptionnelle. Je pense à ces duo, trio ou quatuor de l'Orchestre National des Pays de la Loire qui partagent des moments mélodiques au CHU d'Angers ; je pense à Sylvain GROUD et à sa compagnie de danseurs qui apportent de la gaieté dans la maison de retraite médicalisée du CHU de Rouen ; je pense aussi à l'association *Les Toiles Enchantées*, qui met toute son énergie à faire partager son goût du cinéma dans les lieux de santé ; on pourrait multiplier les exemples d'initiatives originales et innovantes, qui explorent le champ des possibles. Parmi tous les acteurs impliqués, l'engagement du Musée du Louvre, du Château de Versailles, ou encore du Théâtre National de Chaillot, illustre l'attachement que nos plus grands établissements culturels portent à ce grand projet en lui donnant l'ancrage institutionnel dont il a besoin. L'action interministérielle et interdisciplinaire dont cette convention est le symbole est à mes yeux essentiels, car elle contribue à placer la personne, au centre du dispositif, dans toute sa plénitude et surtout dans toute sa dignité. Pour preuve de mon attachement personnel à cette invitation de la culture – et à la culture – dans les lieux de santé, je veillerai à ce que le budget consacré à cette opération soit en progression.

Je ne vais pas, bien sûr, commenter un par un les quinze articles de la convention ; chacun a son importance. Je voudrais en dégager les enjeux essentiels et les principales lignes de force.

Tout d'abord, cette convention prend en compte, comme je le disais, toutes les parties concernées – patient, famille et professionnels – mais aussi tous les acteurs, publics comme privés, qui concourent à sa réussite et à sa mise en œuvre. L'Etat, les collectivités territoriales en pleine concertation avec les services déconcentrés de nos ministères respectifs, les associations qui œuvrent d'une façon exemplaire sur le terrain, sans oublier le rôle essentiel du mécénat privé que nous entendons encore renforcer, ni celui de la coopération internationale – européenne et mondiale – dans laquelle la France est particulièrement active. Je souhaiterais d'ailleurs, chère Roselyne, fort de l'expérience et de l'excellence françaises dans ce domaine, proposer l'organisation, dès 2011, d'un colloque international sur cette question centrale de la coopération.

Ensuite, cette convention s'efforce de développer l'ensemble des champs culturels : la pratique, l'expression et la contemplation artistiques, la lecture, les spectacles, la presse écrite et audiovisuelle... Elle intègre également, ce qui est nouveau, la qualité architecturale, elle aussi essentielle à un réel mieux-vivre à l'hôpital. C'est donc, désormais, l'ensemble des champs de compétences du ministère de la Culture et de la Communication qui est pris en compte.

Enfin, cette convention contient des avancées extrêmement importantes, notamment avec l'extension envisagée du dispositif aux centres médicosociaux, tels les Centres d'Aide au Travail destinés à adapter l'entreprise au handicap, ou encore au sein des maisons de retraite et des centres de convalescence. Ce prolongement du dispositif sera expérimenté dans quatre régions pilotes, selon un respect des critères de qualité qui font sa force et son efficacité.

Je pense aussi aux efforts importants qui vont être consentis au profit de la formation des intervenants dans le domaine de la culture, tant à l'échelon régional qu'à l'échelon national.

Pour soutenir ces efforts, le ministère de la Culture et de la Communication continuera à sensibiliser les professionnels, notamment par le biais d'un module consacré à la culture dans la formation initiale des cadres hospitaliers, ou encore par des ateliers annuels thématiques autour de représentants du secteur culturel, comme ceux qu'il a organisés les années précédentes au Théâtre National de Chaillot ou au CNC, et qu'il entend poursuivre en renouvelant l'expérience.

Je me réjouis également de la création d'une commission chargée d'évaluer notre action afin de l'adapter au fil du temps, puisque cette convention, prévue pour trois ans, sera – je l'espère et j'en suis convaincu – reconduite pour les neuf prochaines années, comme le texte de la convention nous en offre la possibilité. Je crois pouvoir dire qu'il s'agit d'un mariage d'amour !

Je souhaite enfin que nous organisions ensemble, ministère de la Culture et ministère de la Santé, de nouvelles « Journées de la culture à l'hôpital » qui, en 2011, pourraient être l'occasion d'un grand rendez-vous festif et participatif autour de cette ambition commune qui mobilise nos énergies et sur laquelle nos concitoyens fondent bien des espoirs. Je forme le vœu que, par ces journées d'ouverture des hôpitaux, les personnes qui sont à l'extérieur de l'hôpital et celles qui sont à l'intérieur puissent se rencontrer, dialoguer, échanger, s'enrichir mutuellement et être, sous le signe de la culture, les acteurs d'une société solidaire et citoyenne.

Dans chacun de nos territoires, cette conjugaison exemplaire de la Culture et de la Santé, renforcée par cette 2e convention, contribuera à faire des hôpitaux, et bientôt des centres médico-sociaux, des lieux de partage et de vie. C'est donc avec un immense plaisir que je vais signer cette convention, et un plaisir d'autant plus grand que je connais, chère Roselyne, votre intérêt personnel, sincère et profond pour la culture.

Je vous remercie.

Discours

De Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la santé et des sports

SIGNATURE de la CONVENTION

CULTURE à l'HÔPITAL

Avec :

Monsieur Frédéric MITTERRAND
Ministre de la Culture et de la Communication

Jeudi 6 Mai 2010 - à 16h30 sous réserve du prononcé
(MINISTÈRE de la CULTURE et de la COMMUNICATION)

Monsieur le ministre, cher Frédéric Mitterrand,
Mesdames, messieurs,
Chers amis,

Tout d'abord, je veux vous remercier chaleureusement, cher Frédéric, de m'accueillir ici, rue de Valois, dans ce superbe Ministère de la Culture, que vous dirigez avec talent. C'est pour moi une grande satisfaction de signer à vos côtés cette nouvelle convention culture-santé, car je sais que nous prenons tous deux la pleine mesure de l'importance d'une telle initiative.

J'y vois l'occasion de réaffirmer avec force tout le prix que nous accordons au développement et à la pérennisation d'une politique d'animation culturelle et artistique en milieu hospitalier. Cette volonté commune – qui a abouti en 1999 à la signature de la première convention culture-santé – résulte d'un constat simple : l'existence d'une vie culturelle de qualité dans les structures de soins permet d'améliorer substantiellement la prise en charge globale du patient. En un mot, l'art aide à mieux vivre et à mieux se soigner.

En réinventant le cadre de vie, mais aussi en favorisant l'expression des soignés comme des soignants et en enrichissant le regard de chacun, la culture contribue précieusement à la politique de santé.

Elle confère également à l'usager une place renouvelée, et c'est un sujet essentiel pour moi qui ai fait de la promotion des droits des patients un axe majeur de mon action en matière de santé.

J'ai donc mis un point d'honneur à illustrer cette dimension dans la loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » (HPST), qui intègre ainsi, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé, un volet social et culturel.

Quant aux agences régionales de santé (ARS), véritable pilier de la réforme que je porte, elles ont désormais pour mission d'encourager et de favoriser, en lien étroit avec les directions régionales des affaires culturelles (DRAC) et les collectivités territoriales qui souhaitent s'y investir, l'élaboration et la mise en œuvre de projets culturels au sein des établissements.

Vous avez fort bien illustré dans votre propos, cher Frédéric, tout ce que le monde de la santé peut apporter à celui de la culture. Pour ma part, je voudrais évoquer tout ce que la culture peut apporter à la santé, et à l'hôpital en particulier.

Car, à n'en pas douter, ces deux univers ont toujours été, historiquement, très imbriqués, et je dirais même que nos hôpitaux ont souvent été des lieux privilégiés de

l'expression artistique. Pour s'en convaincre, il suffit de visiter la magnifique chapelle en croix grecque de la Pitié-Salpêtrière et les Hospices de Beaune, d'admirer la fresque de Fernand Léger à l'hôpital de Saint-Lô ou les œuvres d'art achetées pour l'hôpital européen Georges Pompidou.

La santé comme l'art, en effet, sont l'expression de la vie même. Nous le savons, la situation de patient hospitalisé constitue souvent une épreuve dans une trajectoire personnelle, qui se trouve provisoirement ralentie. Affaibli, le malade voit ses repères familiers brouillés et éprouve souvent un sentiment d'isolement.

Dans un tel contexte, l'accès à l'art et à la culture ne saurait se limiter à un rôle anecdotique. Il est au contraire un vecteur crucial de valorisation personnelle et sociale. Lorsque la maladie nous rend plus dépendant et plus vulnérable, la culture permet en effet de reconquérir une parcelle d'autonomie, de se réappropriier une identité fragilisée, et de restaurer, en chacun de nous, dignité et estime de soi.

Synonyme d'ouverture sur le monde dans toute sa diversité, la culture devient alors une profonde source d'enrichissement personnel pour le patient, que ce dernier ait eu ou non accès à cette culture avant la parenthèse que constitue sa maladie.

Ainsi, dans le nouveau rapport au temps induit par une hospitalisation – un temps plus, dilaté –, l'accès à la culture peut être l'occasion de découvrir en soi des goûts ou des talents jusqu'alors insoupçonnés ou réfrénés.

Moi-même marraine d'une association qui vise à diffuser l'art lyrique au sein des maisons de retraite, je suis particulièrement sensible à cette dimension. Je n'oublie pas non plus que les initiatives culturelles se font aussi au bénéfice de l'ensemble des personnels hospitaliers, qui peuvent y puiser le moyen de renouveler le regard qu'ils portent sur leur propre pratique.

Au-delà de ce progrès pour les soignants comme pour les soignés, la culture constitue un élément fort du management social d'un établissement de santé. Les excellents travaux de la commission culture des directeurs de CHU et de la Fédération hospitalière de France (FHF) illustrent le souci, de plus en plus fréquent, de placer l'expression artistique au cœur des politiques d'établissement.

A cet égard, il existe nombre de projets innovants permettant de décroiser les différents métiers de l'hôpital et de les réunir autour de valeurs partagées.

Les chiffres, à eux seuls, sont éloquents. Une vingtaine de conventions régionales signées entre ARH et DRAC, près de 200 jumelages financés entre établissements, plus de 400 projets portés, de nombreuses journées d'échanges thématiques organisées entre acteurs hospitaliers et culturels : ainsi, dix ans après sa signature, la première convention présente un bilan particulièrement positif. Il est le fruit d'une remarquable mobilisation des acteurs concernés, et en particulier des personnels hospitaliers, dont je veux saluer les trésors de créativité, d'imagination et d'attention à l'autre, à tous les autres.

Par ailleurs, et c'est fondamental, le développement de projets culturels permet de rapprocher l'hôpital de la ville. L'hôpital n'est plus une « citadelle » éloignée des enjeux citoyens ; il est un lieu de rencontres et d'échanges, au cœur même de la vie, de nos vies.

L'essor de projets architecturaux ouverts sur la ville, la présence de « maisons des artistes » au sein des enceintes hospitalières, la réalisation d'ouvrages d'art dans les établissements sont autant de moyens de faire pénétrer la cité dans l'hôpital, de faire reculer l'isolement, de rendre le séjour hospitalier plus humain, et peut-être même plus efficace.

En la matière, plusieurs municipalités ont proposé des initiatives intéressantes, en lien avec les directions régionales des affaires culturelles (DRAC), et je tiens à les saluer.

Indispensable, ce mouvement doit se poursuivre et s'amplifier, et je compte sur les agences régionales de santé (ARS) pour promouvoir l'inscription des projets culturels dans les

schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), en partenariat avec les collectivités territoriales qui le souhaiteront.

La nouvelle convention culture-santé, que nous nous apprêtons à signer ensemble, cher Frédéric, résulte, je l'ai dit, d'une implication sans faille de la Fédération de l'hospitalisation de France (FHF), implication d'ailleurs formalisée dans un protocole annexé à ce document.

Cette convention insuffle un nouvel élan, en prenant en compte la réforme en cours du secteur hospitalier et médico-social, et en posant les bases de l'évolution et de l'élargissement de cette politique interministérielle.

A ce titre, cette convention est élargie, pour la première fois, et ceci à titre expérimental, aux établissements médico-sociaux, au sein de quatre régions pilotes qui seront désignées à cet effet.

Par ailleurs, elle réaffirme l'importance que nous accordons au mécénat. Ainsi, elle encourage la création d'une fondation ayant pour objet de réunir, d'administrer et de distribuer les contributions des donateurs privés, pour favoriser la diffusion à large échelle de la culture à l'hôpital.

Enfin, cette convention entend conférer toujours plus de rayonnement et de notoriété à ces politiques, en consolidant les partenariats, en accentuant les dynamiques, et aussi en améliorant la communication.

Je pense, par exemple, à la création d'un site internet dédié afin de mettre en valeur les projets et de favoriser le partage d'expériences.

Par ailleurs, je vous rejoins tout à fait, cher Frédéric, sur deux idées très fructueuses : l'organisation, en 2011, d'un colloque international sur la coopération de tous les acteurs dans le domaine culture-santé et de nouvelles journées de la culture à l'hôpital, autant d'actions qui confortent la visibilité de ce champ dans l'espace public.

Je sais, cher Frédéric, que vous partagez avec moi cette conviction que nos hôpitaux, ancrés au cœur de la vie, sont un fidèle reflet de l'état de notre civilisation.

C'est pourquoi, ensemble, nous serons toujours là pour garantir à tous les acteurs notre soutien le plus absolu, un soutien que nous aurons d'ailleurs l'occasion de réaffirmer lors du déplacement que nous ferons prochainement dans un établissement de santé.

Je vous remercie.

ANNEXE NUMERO 2 : SERMENT D'HIPPOCRATE

Le Serment d'Hippocrate probablement rédigé au IV^e siècle av. J.-C., Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des Médecins.

Je jure par Apollon, médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivants :

Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement.

Je ferai part de mes préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif.

Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté.

Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent. Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves.

Quoi que je voie ou entende dans la société pendante, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire !

ANNEXE NUMERO 3 : CONVENTION DE 1999

Convention signée le 4 mai 1999 entre le Ministère de la culture et de la communication et le Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale

Préambule

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.

Définitions

Le terme " hôpital " fait référence à tout établissement de santé. Le terme " équipement culturel " fait référence à des lieux culturels sous tutelle de l'Etat 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.

Article 1

Jumelages entre hôpitaux et équipements culturels.

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.

Annexe n° 1 : définition des jumelages

Annexe n° 2 : modalités du Cercle des Partenaires

Article 2

Développement des bibliothèques dans les hôpitaux.

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.

Annexe n°3 : développement des bibliothèques dans les hôpitaux.

Article 3

Responsables culturels dans les hôpitaux.

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'Etat (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 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.

Article 4

Conventions régionales

Afin de conforter les politiques culturelles des établissements hospitaliers au niveau régional, des conventions pourront être signées entre la DRAC et le ou les hôpitaux d'une ville ou, mieux, entre la DRAC et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Ces conventions viseront à appliquer localement les différents articles de la présente convention.

Article 5

Evaluation

Le ministère de la culture et de la communication proposera annuellement au secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale, en fin d'année, un bilan des différentes actions auxquelles fait référence la présente convention.

Pour le ministère de la culture et de la communication, La ministre Catherine Trautmann

Pour le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, Le secrétaire d'Etat Bernard Kouchner

Convention-cadre entre le ministère de la culture et de la communication et le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale.

Annexe 1

Les jumelages entre des équipements culturels et des hôpitaux d'une même région.

Les jumelages avec les hôpitaux illustrent la volonté du ministère de la culture et de la communication et du secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale de favoriser le développement de la culture en milieu hospitalier, et d'ouvrir le plus largement possible à tous les publics les équipements culturels. L'association de grandes entreprises au développement de cette action est organisée dans le cadre du "cercle des partenaires de la culture à l'hôpital".

Ce programme favorise, par le jumelage entre équipements culturels et hospitaliers d'une même région, la rencontre entre deux milieux, artistique et médical, qui ont peu l'occasion de se côtoyer alors même qu'ils participent, chacun dans leur domaine et avec la même exigence, à la qualité de l'environnement des personnes.

Le principe du partenariat

Le jumelage entre un hôpital (ou le service d'un hôpital) et un équipement culturel (musée, théâtre, bibliothèque, conservatoire, etc...) constitue une initiative de l'hôpital. Il se construit en lien avec de la direction régionale des affaires culturelles (DRAC).

Selon l'âge des patients et la nature de leur pathologie, le jumelage mobilise tel ou tel équipement culturel, privilégie tel ou tel champ d'expression artistique.

Pour mériter le titre de " jumelage " et bénéficier ainsi d'un soutien logistique et financier, le partenariat entre l'hôpital et l'équipement culturel doit respecter quatre critères :

- 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 DRAC 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 DRAC 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 DRAC ou par l'équipement culturel, ou par les deux. Si la DRAC ne finance pas directement elle doit donner son accord sur le projet.

Le financement des jumelages

Le coût d'un jumelage comporte principalement la rémunération des artistes et la logistique de mise en œuvre. Trois sources de financement permettent 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'Etat à la santé et à 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.

Convention-cadre entre le ministère de la culture et de la communication et le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale.

Annexe 2

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 Electricité Santé Le

Laboratoire Glaxo-Wellcome

Lego-France

Sanofi

Ces entreprises et fondations ont, chacune, signé une convention sur trois ans avec le ministère de la culture par laquelle elles s'engagent à financer à hauteur d'une moyenne de 30 000 F plusieurs projets de jumelages (voir annexe n°1) entre équipements culturels et structures hospitalières. L'entreprise devient alors partenaire exclusif du jumelage sélectionné.

Le Cercle n'a pas de structure juridique et ne gère pas de fonds. Les sommes attribuées par les entreprises sont versées directement aux structures gestionnaires des jumelages.

Les entreprises choisissent les jumelages qui les intéressent en fonction de leurs axes d'intervention. Le financement par les entreprises n'est donc pas automatique et certains projets peuvent ne pas être financés.

Le Cercle des Partenaires de la culture à l'hôpital se réunit à l'initiative de la délégation au développement et à l'action territoriale du ministère de la culture et de la communication, 2 rue Jean-Lantier 75001 (Tél. 01 40 15 78 57). La direction des hôpitaux du ministère de l'emploi et de la solidarité sera invitée à participer à ces réunions.

Convention-cadre entre le ministère de la culture et de la communication et le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale.

Annexe 3

Le développement de la lecture dans les établissements de santé

Ce texte a pour objet le fonctionnement des bibliothèques dans les établissements de santé ; il se propose de définir un cadre favorable au développement des bibliothèques et de la lecture, et de répondre aux besoins culturels en milieu hospitalier.

Etat des lieux

Une étude réalisée en 1992 par les ministères chargés de la Santé et de la Culture, avec l'aide de la Fondation de France, fait apparaître que, sur les 862 hôpitaux qui ont répondu à l'enquête, 711 déclarent comporter une bibliothèque. On dénombre 82 points-lecture dans des centres hospitaliers universitaires, 297 dans ces centres hospitaliers, 130 dans des hôpitaux locaux, 115 dans des centres spécialisés en psychiatrie, 157 dans des unités de soins de suite ou de réadaptation et de longue durée.

L'étude faisait également état de problèmes et de disparités selon les endroits :

L'offre de lecture peut se présenter par exemple, sous la forme d'une bibliothèque structurée, ou d'un dépôt de livres assuré par une bibliothèque publique (desservi par un bibliobus), - le volume des fonds va de 1.045 à 7.360 ouvrages, anciens et mal renouvelés, et d'origine variable (achats, dont dépôts),

- certaines des bibliothèques sont ouvertes à la fois aux malades et au personnel hospitalier,

- elles occupent des locaux allant de la simple armoire (le plus souvent) à la véritable médiathèque, et ne sont pas toutes accessibles, du fait de leur exigüité, l'accès direct aux documents est loin d'être la règle,

- le partenariat avec des structures extérieures reste rare, en particulier avec le réseau de lecture publique, à l'exception de quelques cas exemplaires où la bibliothèque de l'hôpital est une annexe de la bibliothèque municipale, le personnel est presque toujours bénévole et souvent insuffisamment formé, - le projet d'une bibliothèque est rarement prévu lors des travaux de réaménagement, et même lors de la construction d'un établissement.

Publics concernés :

Une bibliothèque d'hôpital peut desservir tous les types de publics. Elle peut notamment offrir l'opportunité aux non-lecteurs d'un premier contact avec le livre, ou l'occasion d'un retour à la lecture. A titre d'exemples, dans les services de maternité, les nouveaux parents découvrent les livres pour les tout-petits et l'importance de l'accès au livre dès le plus jeune âge ; ils trouvent également des ouvrages sur la pédagogie, l'éducation et la santé.

En pédiatrie, les enfants et leurs parents peuvent explorer toute la richesse de l'édition pour la jeunesse.

En gériatrie le livre constitue un lien avec la vie sociale et l'extérieur. Il est facteur de mémorisation et d'intérêts renouvelés.

En psychiatrie, le livre est l'occasion d'ouverture et d'échanges. En tout état de cause, l'offre de lecture doit tenir compte d'éléments particuliers comme la fatigue, l'immobilisation, la malvoyance, ou encore les langues étrangères. La bibliothèque d'hôpital peut également être accessible au personnel de l'hôpital : l'étude de 1992 fait apparaître que la moitié des bibliothèques d'hôpitaux est fréquentées conjointement par les malades et le personnel qui y trouvent l'occasion d'échanges et de rencontres fructueuses.

Modalités de création et de fonctionnement d'une bibliothèque

a) Principes généraux

Il est souhaitable qu'un projet de bibliothèque à l'hôpital fasse l'objet d'une convention entre l'établissement de santé, la commune ou le département, la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC), une association (lorsqu'il en existe), afin de fixer les objectifs et les moyens respectifs de chaque partenaire.

C'est cette convention qui définira notamment les relations entre la bibliothèque de l'hôpital et la bibliothèque publique (municipale ou départementale) : aide logistique lors de la création, formation initiale et continue du personnel, dépôt de livres, organisation commune d'animations,....

Le partenaire naturel de la bibliothèque de l'hôpital est la bibliothèque municipale, ou à défaut la bibliothèque départementale de prêt, lorsque l'hôpital est situé en zone rurale ou dans une commune dépourvue de bibliothèque municipale.

La création et le fonctionnement d'une bibliothèque à l'hôpital relèvent de la compétence des établissements de santé. Les collectivités territoriales peuvent y contribuer.

Le ministère de la Culture (DRAC) est en mesure d'intervenir dans les domaines de la formation du personnel et de la réalisation d'animations ; une aide aux acquisitions d'ouvrages peut être accordée par le Centre National du Livre. La création d'une bibliothèque à l'hôpital peut être l'une des dispositions prévues dans un contrat " ville-lecture ".

Le libre accès aux collections doit être la règle, le choix des ouvrages sur liste ne devant constituer qu'une exception justifiée par une contrainte spécifique.

b) Les locaux

Emplacement : la bibliothèque doit disposer de locaux spécifiques, repérables et aisément accessibles aux malades, en tenant compte des divers degrés de mobilité.

Si l'architecture est pavillonnaire, il convient de rechercher autant que possible une situation centrale.

De petits dépôts régulièrement renouvelés peuvent être placés dans les pavillons les plus éloignés.

On prévoira aussi un chariot d'ouvrages, indispensable complément à la bibliothèque en libre accès, permettant au malade immobilisé de choisir lui aussi les ouvrages.

Superficie : à titre indicatif, les recommandations de l'International Federation of Library Association (IFLA) sont une superficie minimale de 28 m² pour 100 lits (soit 140 m² pour un hôpital de 500 lits, par exemple).

Aménagement : il doit garantir la réalité du libre accès des lecteurs aux collections, et répondre à des besoins précis par un mobilier normalisé pour le prêt, la présentation des livres, revues, B.D., albums, cassettes, disques..., et par un matériel spécifique (chariots, panneaux d'affichage et d'exposition, matériel Audiovisuel...). Une attention particulière doit être portée à la lumière (naturelle et artificielle) et à la charge au sol (la norme est 600 kg par m²)

c) Les collections

Il convient de veiller à la qualité et à la variété des fonds d'ouvrages qui comprendront divers types de supports. Les demandes particulières pourront être satisfaites par la bibliothèque municipale ou départementale. Aucun domaine ne doit être exclu a priori. S'il le souhaite, le bibliothécaire pourra prendre l'avis de l'équipe médicale sur certains ouvrages, mais il demeure le responsable intellectuel de la politique d'acquisition. Il est souhaitable qu'aux livres s'ajoutent des revues, des cassettes (documents parlés, livres sonores, musique) et d'autres types de documents.

Tout fonds de bibliothèque doit être régulièrement renouvelé (environ 10 % du fonds chaque année) sous peine d'obsolescence. Un minimum de 3.000 livres est indispensable. Les acquisitions se font essentiellement par une politique d'achats réguliers, identifiée par une ligne budgétaire de l'établissement complétée par des dépôts effectués par une bibliothèque municipale ou une bibliothèque départementale de prêt.

d) Le personnel salarié et bénévole

Le développement de la lecture à l'hôpital implique que l'on mette à la disposition des malades et des personnels hospitaliers un service d'une nature et d'une qualité comparables à celui qu'offrent les bibliothèques publiques. Le personnel en charge de la lecture à l'hôpital doit donc être qualifié, qu'il s'agisse des professionnels ou des bénévoles.

1 - Les salariés

Il est recommandé que la bibliothèque de l'établissement de santé soit dirigée par un professionnel, recruté soit directement par l'hôpital, soit sur la base de la convention avec la bibliothèque municipale ou départementale qui peut prévoir l'intervention d'un bibliothécaire de la bibliothèque municipale ou de la bibliothèque départementale de prêt.

En fonction de l'importance de l'établissement, le recrutement de plusieurs professionnels peut être envisagé.

Pour référence, on peut s'inspirer des recommandations de l'IFLA (International Federation of Library Association) (1984) :

- hôpitaux de court séjour de 400 à 500 lits, avec un effectif de 700 à 1000 agents : on prévoit un bibliothécaire et un aide-bibliothécaire, plus si l'on veut assurer deux tournées hebdomadaires de qualité avec le chariot,
- hôpitaux de moyen et long séjour : le bibliothécaire doit consacrer plus de temps aux malades, sans négliger l'accueil du personnel. Pour 300 lits, on prévoit un bibliothécaire et un aide-bibliothécaire,
- au-delà de 500 lits, on recommande un personnel plus important.

Il est essentiel que ces professionnels reçoivent une formation courte, assurée par l'hôpital lui-même, les préparant à travailler dans cet environnement particulier.

2 - Les bénévoles

Les bénévoles s'insèrent dans une action de service public.

Il convient donc de définir avec eux les modalités de cette action, par un contrat écrit ou une convention entre l'établissement de santé et l'association à laquelle ils sont éventuellement rattachés.

Lorsque l'établissement hospitalier est de petite taille et qu'un professionnel ne peut être recruté, la direction de l'hôpital devra instaurer une collaboration avec les professionnels de la lecture publique (bibliothèques municipales les plus proches et/ou bibliothèque départementale de prêt) afin de s'assurer de la compétence des bénévoles, et de définir les modalités du dépôt de livres, du conseil, de la formation et du suivi de cette activité.

e) La vie et l'animation de la bibliothèque

Les horaires d'ouverture de la bibliothèque sont fonction du personnel qui lui est affecté : à titre indicatif, on considère qu'un seul agent peut assurer 12 h d'ouverture par semaine et 2 passages de chariots, et que deux agents assurent 18 à 20 heures d'ouverture et 4 passages de chariots.

La bibliothèque a vocation à être un foyer de vie culturelle de l'hôpital. Elle devra donc disposer des moyens nécessaires (et de la surface) à l'organisation d'animations telles que des rencontres avec des auteurs, des expositions thématiques ou des lectures.

ANNEXE NUMERO 4 : PIÈCE DE THÉÂTRE S'INSPIRANT DES FABLES DE LA FONTAINE



Image prise par Lionel MANTOVAN, le 21 septembre 2016 à l'hôpital Paul-Brousse.



Image prise par Lionel MANTOVAN, le 21 septembre 2016 à l'hôpital Paul-Brousse.

ANNEXE NUMERO 5 : CODE DE NUREMBERG, DECEMBRE 1946 - AOUT 1947.

Le Code de Nuremberg - 1947

Le *Code de Nuremberg* identifie le consentement éclairé comme préalable absolu à la conduite de recherche mettant en jeu des sujets humains.

1. Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de capacité légale totale pour consentir : qu'elle doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelque élément de force, de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes de contraintes ou de coercition. Il faut aussi qu'elle soit suffisamment renseignée, et connaisse toute la portée de l'expérience pratiquée sur elle, afin d'être capable de mesurer l'effet de sa décision. Avant que le sujet expérimental accepte, il faut donc le renseigner exactement sur la nature, la durée, et le but de l'expérience, ainsi que sur les méthodes et moyens employés, les dangers et les risques encourus ; et les conséquences pour sa santé ou sa personne, qui peuvent résulter de sa participation à cette expérience.

L'obligation et la responsabilité d'apprécier les conditions dans lesquelles le sujet donne son consentement incombent à la personne qui prend l'initiative et la direction de ces expériences ou qui y travaille. Cette obligation et cette responsabilité s'attachent à cette personne, qu'elle ne peut les transmettre à nulle autre sans être poursuivie.

2. L'expérience doit avoir des résultats pratiques pour le bien de la société impossibles à obtenir par d'autres moyens : elle ne doit pas être pratiquée au hasard et sans nécessité.

3. Les fondements de l'expérience doivent résider dans les résultats d'expériences antérieures faites sur des animaux, et dans la connaissance de la genèse de la maladie ou des questions de l'étude, de façon à justifier par les résultats attendus l'exécution de l'expérience.

4. L'expérience doit être pratiquée de façon à éviter toute souffrance et tout dommage physique et mental, non nécessaires.

5. L'expérience ne doit pas être tentée lorsqu'il y a une raison a priori de croire qu'elle entraînera la mort ou l'invalidité du sujet, à l'exception des cas où les médecins qui font les recherches servent eux-mêmes de sujets à l'expérience.

6. Les risques encourus ne devront jamais excéder l'importance humanitaire du problème que doit résoudre l'expérience envisagée.

7. On doit faire en sorte d'écarter du sujet expérimental toute éventualité, si mince soit-elle, susceptible de provoquer des blessures, l'invalidité ou la mort.

8. Les expériences ne doivent être pratiquées que par des personnes qualifiées. La plus grande aptitude et une extrême attention sont exigées tout au long de l'expérience, de tous ceux qui la dirigent ou y participent.

9. Le sujet humain doit être libre, pendant l'expérience, de faire interrompre l'expérience, s'il estime avoir atteint le seuil de résistance, mentale ou physique, au-delà duquel il ne peut aller.

10. Le scientifique chargé de l'expérience doit être prêt à l'interrompre à tout moment, s'il a une raison de croire que sa continuation pourrait entraîner des blessures, l'invalidité ou la mort pour le sujet expérimental. (Extrait du jugement du TMA, Nuremberg, 1947 (trad. française in F. Bayle, *Croix gammée contre caducée. Les expériences humaines en Allemagne pendant la Deuxième Guerre Mondiale*, Neustadt, Commission scientifique des crimes de guerre, 1950.)

ANNEXE NUMERO 6 : QUESTIONNAIRE

Sujet d'étude : « L'HÔPITAL : UN LIEU DU THÉÂTRE »

Cette recherche doctorale vise à aider les établissements de soins et la politique générale de santé publique ainsi que la culture, particulièrement le théâtre contemporain, à créer et à manager les connaissances dramatiques et culturelles en forme d'art-thérapie en faveur des patients, des professionnels médicaux et paramédicaux, des usagers, des proches des patients ainsi que les artistes et le public de ou à proximité de l'hôpital. Cette étude a pour but d'accélérer les capacités d'innovation mais aussi de promouvoir une protection législative en vue de bien encadrer cette pratique. Pour y parvenir, ce questionnaire fera partie d'une enquête qui entrera dans le cadre cette recherche scientifique analysant, de près et de loin, le lien entre la santé, le théâtre et le droit d'une part, et, les facteurs individuels et organisationnels des ateliers théâtre d'autre part. Il étudiera aussi sous différentes formes les capacités à innover et à créer de nouvelles connaissances et des savoir-faire au sein des établissements de soins.

Ce questionnaire est adressé principalement aux personnes ayant déjà une expérience dans le domaine théâtral, artistique et culturel, dans le domaine de la santé médicale et médico-sociale ainsi qu'à des juristes, à des patients, à des usagers de l'hôpital, à des membres de familles et à des proches des patients, à des participants à différents ateliers, à des publics ou à des spectateurs-voyeurs, etc.

Les informations ou les données fournies dans ce questionnaire seront considérées et conservées d'une manière strictement confidentielle et elles ne seront, en aucun cas, révélées, diffusées ou transmises à une tierce personne ou utilisées pour d'autres fins que celles envisagées dans cette recherche doctorale et de façon totalement anonyme (*sous X*).

Partie praticien : artistes, comédiens, médecins, aides-soignants, infirmiers, éducateurs

Objet de recherche : quel est l'impact du théâtre dans les établissements de santé ?

Âge :

Sexe :

Profession/ statut :

| |
|--|
| 1/ Avez-vous déjà entendu parler de la pratique théâtrale à l'hôpital ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui comment en avez-vous eu connaissance ? |
| 2 / Qu'est-ce qui vous interpelle le plus dans cette pratique ? |
| 3/ Avez-vous déjà entendu parler de l'art-thérapie ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, que compreniez-vous ? |
| 4/ Les ateliers-théâtre à l'hôpital sont-ils utiles à l'amélioration des soins du patient ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 5/ Connaissez-vous un texte juridique, réglementaire ou législatif protégeant cette pratique ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui lequel ? |
| 6/ Pensez-vous que le théâtre thérapeutique ait une grande influence sur les comportements du patient ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui comment ? |
| 7/ Pensez-vous que le théâtre puisse jouer un rôle sur les émotions du patient ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 8/ L'animateur ou le maître du jeu dramatique a-t-il une fonction de suivi personnel ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 9/Connaissez-vous les caractéristiques du public cible de cet accompagnement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui lequel ? |
| 10/ Quels apports l'art-thérapie peut-il amener dans l'animation socioculturelle au sein de |

| |
|--|
| l'hôpital ? |
| 11/ Qu'apporte le théâtre thérapeutique à la personne qui le pratique ? |
| 12/ Dans quels cas ou dans quelles situations le conseilleriez-vous à une personne ? |
| 13/ Quelle est la différence entre une création artistique et celle faite dans le cadre thérapeutique ? |
| 14/ L'art-thérapie à base de théâtre peut-il être une nouvelle voie vers l'épanouissement du patient ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 15/ Considérez-vous que le théâtre thérapeutique puisse devenir indispensable dans les soins du patient, dans les milieux socioculturels et dans notre société ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 16/ Quelles hypothèses souhaitez-vous proposer dans cette démarche thérapeutique ? |
| 17/ Cela a-t-il une importance de légiférer un texte sur cette pratique ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pourquoi ? |
| 18/ Est-ce que cette forme de thérapie à base de théâtre a sa place dans la politique de santé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Partie des participants : Patients, familles, usagers et publics

Objet de recherche : quel est l'impact du théâtre dans les établissements de santé ?

Âge :

Sexe :

Profession/ statut :

| |
|---|
| 1/ Que comprenez-vous du théâtre thérapeutique ? |
| 2/ Qu'est-ce que cela vous apporte de plus ? |
| 3/ En quoi cela vous paraît-il important ou vous sert-il ? |
| 4/ Quel est votre ressenti à la sortie d'une séance d'art-thérapie à base de théâtre ? |
| 5/ Pourquoi participez-vous à cette activité dramatique à l'hôpital ? |
| 6/ Aimez-vous le pratiquer seul <input type="checkbox"/> ou en groupe <input type="checkbox"/> |
| 7/ Estimez-vous que cette pratique constitue un facteur d'épanouissement personnel ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 8/ Cela a-t-il une importance de légiférer un texte sur cette pratique ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pourquoi ? |

Par avance, l'équipe dirigeant cette étude vous remercie de votre participation, de votre collaboration et de votre compréhension, sans lesquelles cette recherche doctorale n'aurait pu s'achever.

ANNEXE NUMERO 7 : LISTE DES TROUBLES POSSIBLES

| TYPES DE TROUBLES | SYMPTÔMES PHYSIQUES |
|---|--|
| La panique | Peut provoquer des diarrhées |
| La haine | Peut provoquer des sentiments violents mais aussi à vouloir du mal à quelqu'un |
| La colère | Peut se caractériser par une réaction très vive entraînant des manifestations brutales ou des retenues ou par la crise de foie |
| La peur | Peut provoquer des douleurs lombaires (la peur de perdre, du changement, de l'avenir, etc.) |
| Le refus de se soumettre ou d'obéir | Peut causer des problèmes de genoux |
| La difficulté à trouver sa place | Peut provoquer chez la victime des infections urinaires à répétition |
| Tout prendre sur soi ou être en conflit | Initie des douleurs d'épaules, donne la sensation de soulever un fardeau, un poids |
| L'intransigeance ou la rigidité | Peut forcément provoquer des douleurs cervicales et la nuque devient raide |

ANNEXE NUMERO 8 : JEU DE 6 ET 9

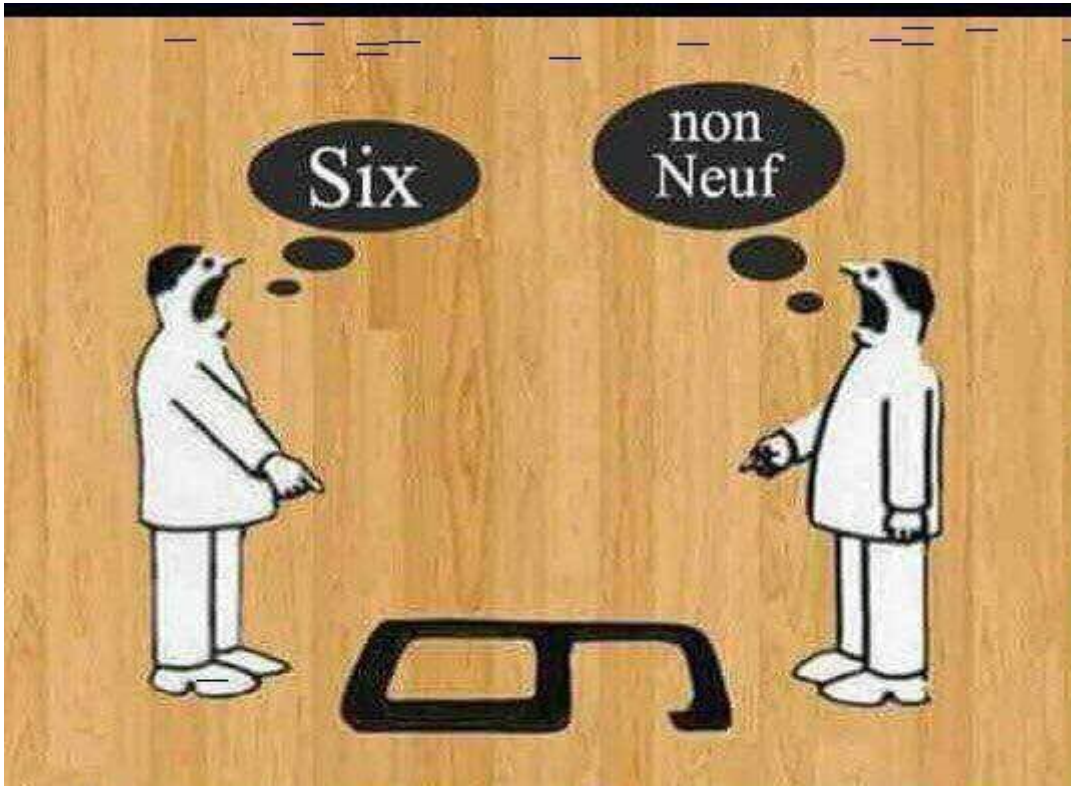


Photo prise sur : etresoimeme.unblog.fr, publiée le 13 avril 2016

Le but de l'exercice est d'inviter chaque participant à comprendre non seulement la situation de l'autre et sa position mais aussi d'essayer d'analyser son champ de vision avant de le contredire.

ANNEXE NUMERO 9 : CHARTE DE DEONTOLOGIE

Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé Exemple de charte déontologique

► **Objet de la charte**

La charte de déontologie engage tous ses membres, elle est le fondement éthique de leur pratique. Elle repose sur les valeurs portées par la Déclaration universelle des droits de l'Homme.

Son but est d'établir un cadre protégeant le ou les formés, mais aussi les formateurs et les personnes associées dans le cadre des rôles de « patients standardisés », les autres parties prenantes, directes ou indirectes, dans la relation formateur-formé.

Article 1 - Formation professionnelle initiale et permanente

Le formateur a reçu une formation professionnelle initiale théorique et pratique apte à créer une compétence d'exercice du métier de formateur.

Il s'engage à régénérer sa formation et son développement personnel tout au long de l'exercice de sa profession, *via* des participations à des sessions de formation complémentaire, à des conférences, ou à des colloques organisés par la profession.

Article 2 - Processus de travail sur soi

Compte tenu des implications psychologiques en particulier concernant les débriefings, le formateur atteste d'une démarche de travail sur lui-même approfondie, achevée ou en cours, ce travail étant bien distinct de sa formation.

Article 3 - Supervision

Le formateur a un lieu de supervision de sa pratique. Cette supervision est assurée en individuel ou en groupe par un ou des pairs qualifiés.

Article 4 - Confidentialité

Le formateur est tenu par le secret professionnel. Il prend toutes les précautions pour maintenir l'anonymat des personnes qu'il forme et, en particulier, ne communique aucune information à un tiers sur une personne sans son accord exprès. Toute information sur un apprenant est traitée de façon strictement confidentielle sous réserve du respect des lois en vigueur. Cette règle de confidentialité est essentielle pour l'établissement d'une relation de confiance sans laquelle le processus de formation ne peut ni commencer, ni perdurer.

L'apprenant est néanmoins informé que dans certaines circonstances graves, où s'il représente un danger pour lui-même ou pour les autres, le formateur peut sortir de la confidentialité et entreprendre une action appropriée.

Article 5 - Indépendance

Le formateur se maintient dans une position d'indépendance. Dans un contrat implicite lié à la signature de cette charte, sauf spécification vue ci-dessous, il s'astreint à ne rien communiquer du contenu des séances, ni à la hiérarchie de l'apprenant, ni à aucun autre tiers, et cela dans le seul intérêt de l'apprenant.

Le formateur garde sa liberté de refuser un contrat de formation pour des raisons personnelles ou éthiques ou qui le mettrait en porte-à-faux par rapport à l'application de la présente charte.

Article 6 - Respect de la personne

Une des caractéristiques d'une relation pédagogique peut générer un lien transférentiel entre formateur et formé. Ce lien peut mettre le formé dans une relation de dépendance vis-à-vis du formateur.

Le formateur n'en tirera pas avantage et s'abstiendra de tout abus de pouvoir et de passage à l'acte à l'encontre du formé.

Tous jugement de valeur sur les formés sera banni du mode d'exercice du formateur. Lorsqu'il sera fait appel à des personnes dans le cadre de jeu de rôles ou de patient standardisé, toutes les dispositions seront prises pour garantir l'intégrité physique et le respect des personnes et de leur vécu psychologique. Aucune contrainte morale ne sera exercée sur ces personnes.

Article 7- Attitude de réserve vis à vis des tiers

Le formateur observe une attitude de réserve vis-à-vis des tiers, public ou confrères, au travers d'informations qu'il peut livrer sur l'exercice de son métier, lors d'interviews ou de conférences, pour éviter, par exemple, tout risque de reconnaissance de ses apprenants par autrui, ou encore utiliser ses apprenants à des fins médiatiques sans leur accord.

Il pourrait toutefois être dérogé à cette règle dans le cadre de programmes pédagogiques, par exemple, sous réserve de l'accord exprès du ou des apprenants ou des acteurs, des patients standardisés, et, le cas échéant, de l'organisation donneuse d'ordre.

Article 8 - Devoirs envers l'organisation

Le formateur est attentif au métier, aux usages, à la culture, au contexte et aux contraintes de l'organisation pour laquelle le formé travaille. En particulier, le formateur garde une position extérieure à celle-ci et ne prend ni position, ni ne s'ingère dans des questions internes. Il ne porte pas de jugement de valeur.

Article 9 - Obligation de moyens

Le formateur met en œuvre tous les moyens propres pour permettre, dans le cadre de la demande de l'apprenant, le développement professionnel et personnel de celui-ci, y compris en ayant recours, si besoin est, à un confrère.

Article 10 - Recours

Toute organisation ou toute personne peut avoir recours volontairement à la structure en cas de non-respect de l'une des règles édictées par la présente charte, ou en cas de conflit avec un formateur.

Les formateurs contractuels de la structure peuvent rappeler, dans toute communication professionnelle, qu'ils sont tenus au respect de la charte de déontologie de ladite structure.

ANNEXE NUMERO 10 : CONTENU DE LA FORMATION

Le contenu de la formation :

MODULE 1 : PRATIQUE, ATELIERS EXPERIENTIELS ET MISE EN LIEN CONCEPTUELLE

Expérimenter, éprouver et analyser le processus de création, développer sa capacité de jouer et sa créativité dans des ateliers expérimentiels.

Découvrir et expérimenter les constituants du jeu théâtral.

- Les espaces dans l'atelier de théâtre.
- Préparation du corps et de la voix.
- Prendre confiance : confiance en soi, confiance aux autres.
- Développer l'écoute.
- Développer l'expression : sensation, émotion, sentiment.
- Eveiller et développer l'imaginaire : l'aire du jeu et la fiction.
- Jouer : apprendre à percevoir, accepter et donner des propositions de jeu.

En complément : découvrir et expérimenter les constituants de la danse

- Préparation du corps : l'échauffement.
- Les différents systèmes du corps : os, articulations, muscles, peau, liquides, organes.
- Les fondamentaux de la danse selon Laban.
- Danse et l'univers sonore : rythme et mélodie.

Processus de création et processus psychiques

- La création individuelle.
- La création collective.

Les ateliers expérimentiels seront mis au regard de l'histoire du théâtre et de la danse

MODULE 2 : METHODOLOGIE ET TECHNIQUES DE THEATRE, DRAMATHERAPIE ET THERAPIE PAR LA DANSE ET LE MOUVEMENT

Expérimenter et analyser plusieurs dispositifs et pouvoir les situer dans un contexte historique.

La triangulation acteur – rôle – spectateur.

Le texte de théâtre.

Geste, rythme, mouvement et voix : expression primitive.

Du dedans vers le dehors et du dehors vers le dedans : incarner la forme dansée.

- S'exprimer par sa danse : narration et abstraction.
- « Ecrire » la danse : chorégraphie.
- Déconstruire et reconstruire différentes formes universelles : danse de cercle, danse de ligne, etc.

Le processus d'improvisation

Acquérir une méthodologie pour

- Accueillir la personne lors d'une première rencontre et faire un bilan.
- Elaborer, construire et écrire un projet thérapeutique.
- Animer et observer.

- Animer un dispositif en groupe et accompagner un suivi en individuel.
- Evaluer, restituer, rendre compte du processus thérapeutique de la personne.
- Pouvoir envisager et décider de la fin du projet thérapeutique et pouvoir l'accompagner.
- S'exercer par des mises en situation.

Connaître l'histoire et la place actuelle du théâtre et de la dramathérapie / de la thérapie par la danse et le mouvement dans les différents champs d'application

MODULE 3 : MULTIPLICITE DES TECHNIQUES ARTISTIQUES, LEUR SPECIFICITE ET LEUR APPLICATION DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Découvrir et utiliser les différents moyens d'expression théâtrale

- Dramathérapie : théorie et pratique.
- Le verbe et le corps.
- Théâtre d'objet.
- Masques et marionnettes.
- Le personnage du clown.

Découvrir et utiliser les différentes techniques de danse et d'expression corporelle

- Voix, rythme et geste : expression primitive.
- Psychomotricité et danse-thérapie.
- Body Mind Centering®

Comprendre et analyser la spécificité des différentes techniques en tant que médiation dans un processus thérapeutique

Articuler la technique spécifique avec le projet personnel de la personne à soigner ou à accompagner

Expérimenter des ateliers transversaux et pluridisciplinaires et conceptualiser l'approche intermédiaire

Pour tous : "Improvisation : son, mouvement, jeu et dessin".

- Avec les arts plastiques : "Masques : fabrication et jeu."
- Avec la musique : "Ecoute musicale, geste plasticien et trace".

MODULE 4 : HISTOIRE DES ARTS DE LA SCENE, HISTOIRE DU THEATRE ET DE LA DRAMATHERAPIE / DE LA THERAPIE PAR LA DANSE ET LE MOUVEMENT

Connaître l'histoire des arts de la scène

- Collaboration avec le TNP Villeurbanne et la Maison de la Danse à Lyon (spectacles, rencontres).

MODULE 7 : PROFESSIONNALISATION EN ART-THERAPIE (ARTS DE LA SCENE)

Pratique et professionnalisation

- Rencontres avec des art-thérapeutes (Arts de la scène) : présentation d'une clinique spécifique, études de cas et atelier pratique.

Stage d'observation (1re et 2e année : 150h)

- Stage d'observation auprès d'un art-thérapeute (Arts de la scène).
- Suivi du stage et analyse d'une situation clinique.

Stage de responsabilité (3e année : 350h)

- Interventions dans un groupe d'art-thérapie par les arts de la scène et gestion d'une ou de plusieurs séances sous l'égide d'un art-thérapeute (Arts de la scène).
- Suivi du stage et présentation de la pratique.

METHODES ET MOYENS PEDAGOGIQUES

Ateliers expérientiels et ateliers artistiques : exercices individuels et collectifs, analyse des processus en jeu et liens cliniques. Les ateliers expérientiels et artistiques seront mis au regard de l'histoire des arts de la scène. Apports théoriques et méthodologiques. Analyse de la pratique avec un psychologue clinicien et un art-thérapeute en 2e et 3e année. Mises en situation. Accompagnement individuel et supervision des stages. Supports audio-visuels. Dossier pédagogique avec articles, fiches méthodologiques, bibliographie. Au cours des intersessions, les stagiaires bénéficient d'un accompagnement pédagogique à distance.

ANNEXE NUMERO 11 : CRITERES D'EVALUATIONS



Association loi 1901

Accréditation des art-thérapeutes

Critères d'évaluation

Des acquis théoriques et pratiques associés à la profession d'art-thérapeute, définis par la Ffat pour l'exercice de l'art-thérapie et permettant d'établir une compétence acquise tout au long d'un parcours professionnel.

Document actualisé en février 2014.

A/ Avoir validé une formation spécifique à l'art-thérapie, en formation initiale, par la formation continue ou par (une équivalence de) VAE, avec un enseignement d'un minimum de 1200 heures sur 2 ans, comprenant :

1/ Des enseignements théoriques d'un volume total de 400 heures environ sur :

- Des concepts de référence en art-thérapie.
- Une approche de l'histoire de l'art-thérapie.
- Une méthodologie de l'art-thérapie indiquant les processus en jeu dans une pratique d'art-thérapie, la description d'un projet thérapeutique (objectifs, moyens, méthodes), des modalités d'observation et d'évaluation.
- Une approche des domaines du champ artistique : histoire de l'art, esthétique, processus de création.
- Un cursus de psychopathologie, abordant également les souffrances et difficultés psychosociales et interculturelles.
- Des références théoriques associées aux courants psychologiques sous-jacents à l'approche en art-thérapie enseignée.
- Les indications de l'art-thérapie et les publics concernés.
- Des séances de supervision de stages pour un volume de 30 heures minimum.

2/ Des enseignements expérientiels d'un volume total de 300 heures environ comportant :

- La participation de l'apprenant à des ateliers pratiques d'art-thérapie animés par des art-thérapeutes professionnels.
- Des mises en situations d'animation d'atelier d'art-thérapie par l'apprenant avec analyse de l'expérience par un formateur.
- Des ateliers de pratique artistique ainsi qu'une expérience de confrontation à un public.

3/ Plusieurs stages pratiques de conduite d'atelier d'art-thérapie pour un volume de 500 heures minimum :

- Encadrés par un référent de stage, avec analyse de la pratique.
- Répartis sur une durée de 9 mois minimum, pour au moins un des stages effectués, et finalisés par des rapports de stage.

4/ Une équipe enseignante composée pour un tiers minimum d'art-thérapeutes professionnels.

5/ Un protocole d'évaluation continue portant sur :

- Les acquis théoriques, pratiques et méthodologiques.
- Les stages.
- L'ensemble de la formation, par la production d'un mémoire d'art-thérapie validé par sa soutenance devant un jury.

B/ Avoir une éthique professionnelle

- Compatible avec l'éthique du métier d'art-thérapeute, telle que préconisée par la Ffat, en s'engageant à respecter le code de déontologie des art-thérapeutes élaboré par la fédération. Cet engagement reste compatible avec l'adhésion à un code de déontologie similaire émanant d'un autre organisme et comprenant des règles de déontologie du même ordre.

C/ Avoir un engagement artistique comprenant :

- Une pratique de création artistique régulière.
- La poursuite d'une recherche ou d'un projet artistique personnel.

D/ Avoir une démarche personnelle de connaissance de soi, permettant:

- De déceler les contenus émotionnels que le travail en art-thérapie pourrait susciter aussi bien chez l'art-thérapeute que chez la personne prise en charge.
- De donner à l'art-thérapeute les moyens de gérer ces contenus.

E/ Faire évoluer sa pratique professionnelle par :

- Une réactualisation et un enrichissement régulier des connaissances théoriques et pratiques de l'art-thérapeute tout au long de sa vie professionnelle (formation continue, participation à des colloques ou des conférences, lectures...).
- Un retour professionnel sur sa pratique à travers l'analyse de la pratique, la supervision ou la co-vision.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GÉNÉRAUX

- Jean ANOUILH, « *Antigone* », éd. La Table Ronde, 1946, version, 2008.
- Aristote, « *La Politique* », traduction de J. Tricot VRIN, 1995.
- Antonin ARTAUD, « *Le Théâtre Balinais* », octobre 1931, in *Le Théâtre et son double*, 1938.
- Antonin ARTAUD, « *Le Théâtre et son double (1938)* », extraits de la préface, éditions Gallimard, 1964.
- Antonin ARTAUD, « *Le théâtre et son double* », Éditions Gallimard, 1964.
- Antonin ARTAUD, « *Le Théâtre et son double* », Paris, éditions Gallimard, 1938.
- Patricia ATTIGUI, « *De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique, Jeu, transfert et psychose* », L'espace analytique, Collection dirigée par Patrick GUYOMARD et Maud MANNONI, Éditions Denoël, 1993.
- Michael BALINT, « *Le médecin, son malade et la maladie* », éd. Payot, France, 1996.
- Henri BERGSON, « *Le rire, Essai sur la signification du comique* », quarante-cinquième édition, Paris, Librairie Félix Alcan, 1938.
- BnF., « *Les Cahiers du théâtre d'action internationale* », Gallica, 1932.
- André BRETON, « *L'Art des fous, la clé des champs* », *Les Cahiers de la Pléiade*, n° 6, France, 1948-1949.
- Anne BRUN, « *Médiation thérapeutique et psychose infantile* », éd. Dunod, Paris, 2007.
- Mylène COSTES, « *Atelier culturel et hôpital psychiatrique : enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme "Culture à l'hôpital"* », Sociologie. Université d'Avignon, en France, 2010.
- Catherine COURTET, Mireille BESSON, Françoise LAVOCAT et Alain VIALA, sous la direction de, « *Corps en scène* », éd. CNRS Éditions, Paris, 2015.
- Michel DANZON, MANCIAUX, FERRARI, « *L'enfant et sa santé* », Éd. Doin, 1987.
- Pascale DECALF, « *De l'art à soi : Mon expérience du collage* », aux éditions Edilivre, 21 octobre 2016.
- Françoise DECROISSETTE, « *L'Histoire derrière le rideau, écritures scéniques du Risorgimento* », sous la dir., Collection, Le Spectaculaire, Presses Universitaires de Rennes, 2013.
- Jeaninne DUVAL-HERAUDET, « *Une difficulté si ordinaire* », Édition Audio & Papier, 2001.
- Jean FLORENCE, « *Art et Thérapie, Liaison dangereuse ?* », Ed. Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, 1997.
- Sigmund FREUD, « *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques* », dans Résultats, idées, problèmes, P.U.F., Paris, 1984, pp. 136-137.
- Sigmund FREUD, « *L'interprétation des rêves* », 1899, Édit. P.U.F., 1926.
- Toffin GERARD, « *Antonin Artaud et le Théâtre oriental* », jeu revue de théâtre, 2013.
- Erving GOFFMAN, « *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux* », Paris, éd. de Minuit, 1968.
- Léon-Louis GRATELOUP, « *Raison – Réalité "La raison", Cours de philosophie* », Hachette, 1990, pp. 222-224
- André GREEN, (1980), « *La Mère morte* » dans *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Minuit, coll. « Critique », 1983.
- François GROS, Catherine PUIGELIER, « *Biologie et Droit, Les étapes du vivant* », éd. Bruylant, 2016.

- 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.
- Edward T. HALL, « *La Dimension cachée* », Éd. du Seuil, Paris, 1971.
- Véronique HAROUEL-BURELOUP, « *Histoire du droit international de la santé* », éd, LEH, mai 2014
- Ahamed Youssouf HASSANI MZE HAMADI, « *Conflit entre générations* », éd. Edilivre, octobre 2014.
- Ahamed Youssouf HASSANI MZE HAMADI, « *Le Dossier Médical du Patient ses Modalités d'Accès* », édition Edilivre, 2016.
- Thomas HOBBS, « *De cive* » ou « *Du citoyen* », Gallica, Paris, éd., de 1642.
- Foyer HUBERT-PASCAL, « *L'art, ça nous regarde* », sous la direction du foyer d'accueil et de promotion, Champ social Éditions, 22 août 2001.
- Johan HUIZINGA, « *Homo ludens, essai sur la fonction sociale du jeu* », Gallimard, France, 1988.
- 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.
- Jean-Pierre KLEIN, « *L'Art-thérapie* », PUF, Paris, 1997, coll. Que sais-je ?
- Jean-Pierre KLEIN, Ivan D. ARRULT-HARRIS, « *Pour une psychiatrie de l'ellipse, les aventures du sujet en création* », éd., Pulim, France 2007.
- Jacques LACAN, « *Le séminaire livre x, L'angoisse* », 1962-1963, Paris, Éditions du seuil, 2004, coll. Champ Freudien, p. 46-47.
- François LAMY, « *De la connaissance de soi-même* », Paris 1701 (1^{re} éd. 1694), T. II.
- Les Cahiers de l'ÉESP, « *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* », sous la direction de Marie-José MANDI, Haute école de travail social et de la santé – école d'études sociales et pédagogiques ÉESP-Vaud, 2005, Les Cahiers de l'ÉESP, ch. des Abeilles 14, CH-1010 Lausanne.
- Lexique des termes juridiques, 22^{ème} édition, Dalloz, 2014-2015.
- 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.
- M. MASUD, R. KHAN, collègue et ami de Donald Woods WINNICOTT date plus précisément l'anecdote. Cf. Donald Woods WINNICOTT, *La consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard, Coll. Tel., 1971, traduit par Claude MONOD, préface de Mohammed Masud RAZA KHAN.
- MOLIÈRE, « *Dom Juan ou le festin de Pierre* », acte III, scène I, première présentation, Paris le 15 février 1665.
- MOLIÈRE, « *L'Amour médecin* », texte écrite le 14 septembre 1665, représentée le 22 septembre 1665 au Château de Versailles.
- MOLIÈRE, « *Le Boulanger de Chalussy. Elomire, Hypocondre, ou les Médecins vengez* », comédie. Paris, Charles de Sercy, 1670.
- MOLIÈRE, « *Le malade imaginaire* », édition de Bénédicte Louvat-Molonzay, 8 septembre 2018.
- 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.
- 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.
- 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.

- Marie-Laure MOQUET-ANGER, « *Droit Hospitalier* », L.G.D.J, Lextenso, 2^{ème} éd., mars 2012.
- Michel OUELLETTE, « *French Trown* », éd. Prise de Parole, 1^{er} décembre 2007.
- Michel OUELLETTE, « *Le testament du couturier* », Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada, Ouellette, Michel, 1961- (Collection Rappels) Pièce de théâtre. Monographie électronique.
- Michel OUELLETTE, « *Testament du couturier* », éd. Le Nordir, 1^{er} janvier 2002.
- Ivan Petrovich PAVLOV, « *Conditioned reflexes* », (trad. G. V. Anrep), Oxford: University Press, 1929, Londres.
- Michèle PETIT, « *Éloge de la lecture. La Construction de soi* », Paris, Belin, coll. Nouveaux mondes, 2002.
- Harvey PHILIP D, TONMOY Sharma, « *Comprendre et traiter la cognition dans la schizophrénie : manuel du clinicien* », Londres, Martin Dunitz, 2003.
- Hans PRINZHORN, « *Expressions de la folie : Dessins, peintures, sculptures d'asile* », aux éditions Gallimard, 5 novembre 1984.
- Catherine PUIGELIER, « *Dictionnaire juridique* », collection paradigme, 2015.
- Marcel RÉJA, « *L'art chez les fous, Le dessin, la prose, la poésie* », L'Harmattan, 2000.
- Idrisse RIADHUDINE, « *Mon corps s'exprime* », pièce écrite en 2004.
- Maryline ROMAIN, « *Léon Chanceler: portrait d'un réformateur du théâtre français (1886-1965)* », Préface de Robert Abirached, éd. L'Âge d'Homme, Lausanne, Suisse, 2005.
- Jules ROMAINS, « *Knock ou le Triomphe de la médecine* », écrite en 1923, Édition Gallimard, 1924.
- Edmée RUNTZ-CHRISTAN, « *Enseignant et comédien, un même métier* », ESF Éditeur, octobre 2000.
- Marcel SASSOLAS (dir), « *Malaise dans la psychiatrie. Changements dans la clinique, malentendus dans les pratiques* », Paris, Erès, 2004.
- William SHAKESPEARE, « *Hamlet* », éd. Aubier, 1988.
- William SHAKESPEARE, « *Hamlet* », traduction de Victor HUGO, éd. Pitbook.com, janvier 2001.
- Richard SHUSTERMAN, « *L'Art à l'état vif : la pensée pragmatiste et l'esthétique populaire* », Paris, Minuit, 1991.
- Burrhus Frederic SKINNER, « *Par delà la liberté et la dignité* », (1936, 1972, trad.), éd., Laffont, 1971, Paris.
- Sophocle, « *Théâtre complet* », traduction, préface et notes par Robert Pignarre, éd., GF Flammarion, Paris, 1964.
- François TRAN-THONG, « *Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine* », sixième édition, Paris, Librairie philosophique Joseph VRIN, 1976.
- Didier TRUCHET, « *Droit de la santé publique* », Mémentos Dalloz, 8^{ème} Éd., 2013.
- VON BROCKDORFF Baron Cay, « *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.
- Kenneth WHITE, « *Le monde d'Antonin Artaud ou pour une culture cosmopoétique* », le regard littéraire, Éditions Complexe, 1989.
- Donald Woods WINNICOTT, « *Le développement affectif primaire* », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, (1969), Payot, 1989,
- Donald Woods WINNICOTT, « *Intégration du moi au cours du développement de l'enfant* », 1962, in *Processus de maturation chez l'enfant*. Développement affectif et

environnement Paris, Payot, Coll. Science de l'homme, 1970, traduction anglaise : J. Kalamanovitch.

- Donald Woods WINNICOTT, « *L'angoisse liée à l'insécurité* », 1952, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, Coll. Science de l'homme, 1969, dernière édition 1989, traduit en anglais par J. Kalamanovitch.

- Donald Woods WINNICOTT, « *Le bébé en tant que personne* », in *L'enfant et le monde extérieur. Le développement des relations*, Paris, Payot, Coll. Science de l'homme, traduit par A. Stronck-Robert, 1972.

- Donald Woods WINNICOTT, « *Les souvenirs de la naissance, le traumatisme de la naissance et l'angoisse* », 1949, in *De la pédiatrie*.

MONOGRAPHIES ET THÈSES

- 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.

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

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (éditeur), 1999, 48 p., 24 réf., ISBN 2-910653-44-7, FRA.

- Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux a donné en 2009 : « *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.

- Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France « *Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de Troisième Génération, 2006-2010* », mars 2006.

- 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.

- 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, Thèse présentée et soutenue le 11 mai 2010.

- ANAES, « *Le dossier médical du patient en ergothérapie* », Service des recommandations et références professionnelles, mai 2001.

- Léa ANDREOLETY, « *La pratique du théâtre avec un public atteint de déficience intellectuelle* », sous la direction d'Alice FOLCO, Université de Stendhal (Grenoble III), année universitaire, 2014-2015.

- 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.

- 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.

- Philippe BAS, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, « *Développement de la bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance* », 14 mars 2007.
- 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.
- Alexandra BOUDET, « *Ergothérapie et théâtre : accompagner le patient phobique social vers le processus de résilience* », sous la direction de Jean-Philippe GUIHARD, Institut de formation en ergothérapie (IFPEK), mai 2014.
- 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.
- Janine CHASSEGUET-SMIRGEL, « *Pour une psychanalyse de l'art et de la créativité* », Paris, Payot, 1971.
- 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.
- 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.
- Collectif Interassociatif sur la Santé, « *Guide CISS du représentant des usagers du système de santé* » – éd. 2011.
- 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.
- Commission culturelle du CHS Rennes, « *Écrits et mises en formes... Place et intérêt de différentes formes d'écrits dans la relation à autrui* ». Les Actes de la journée d'étude et de rencontres, mardi 13 novembre 2007, Centre de formation, Rennes.
- Mylène COSTES, « *Atelier culturel et hôpital psychiatrique : enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme "Culture à l'hôpital"* ». Sociologie. Université d'Avignon, 2010. Français.
- 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.
- « *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.
- Stéphane DANIAU, « *Jeu de Rôle Formatif et maturation des adultes - Co-recherche-action-formation et approche écobio psychosociale* », domain_stic.educ. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2005.
- 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 ?* », sous la direction du Docteur Catherine JUNG, Université de Strasbourg, Faculté de médecine, 2013. pp.54-55.
- Document issu d'un CD Rom : « *Jouer à l'école maternelle.... c'est apprendre* », Coll. Les outils de l'AGEEM.
- Alice DUVAL, « *Une expérience d'art-thérapie à dominante marionnettes auprès d'enfants présentant des Troubles Envahissants du Développement* », Université François-

Rabelais, UFR de médecine – Tours & AFRATAPEM, Association Française de Recherche & Application des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine, Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la faculté de Médecine de Tours, année 2011.

- École Nationale d'Apprentissage par la Marionnette, 870 Rue Boily Chicoutimi, Québec, Canada, G7J 2Y4.

- Entretien avec KOURILSKY François 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.

- Etude « *Art et Culture à l'Hôpital* » menée par la Fondation Réunica Prévoyance et Occurrence Healthcare, septembre 2010.

- 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.

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

- Fiche technique du Théâtre de l'Université Paris 8– Salle Amphi 4, 2 rue de la liberté, 93210 Saint Denis – Université.

- 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.

- Muhammad HAMIDULLAH, « *Le Noble Coran, les sens approximatifs de ses versets en Langue Française* », aux éditions, Lies ! Stiftung, 2^e éd., mai 2014, Sourate 12 : 4.

- Haute Autorité de Santé, « *Évaluation et amélioration des pratiques : Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé* », décembre 2012.

- Haute Autorité de Santé, « *Questions / Réponses, Bientraitance : patients et professionnels de santé se mobilisent* », 30/10/2012.

- Naoko INOUE, « *Le théâtre pur chez Antonin Artaud - à travers Le Théâtre et son Double* », éd. Gallia. 40 p. 227-p. 234, 10 mars 2001.

- Bernadette JOST, BROSSARD Gilbert, « *Marionnette et Thérapie* », INEP – Marly-le-Roi, mars 1979, nouvelle saisie 2011.

- Thierry KOSINSKI, « *Conditionnement évolutif: apports méthodologiques et réflexion cliniques* », psychologie, Université Charles de Gaulle – Lille III, 2014.

- 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.

- Astrid LIEVEN, « *Théâtre, psychiatrie, Ergothérapie* », HEPHO (*Haute Ecole Provinciale du Hainaut Occidentale Ecole d'ergothérapie*), Année scolaire 2000-2001.

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

- Stéphanie MAUREL, « *La marionnette dans la prise en charge orthophonique de la personne âgée dépendante* », sous la direction de Madame A. Osta, Orthophoniste, Université de Nice – Sophia Antipolis, Faculté de Médecine, École d'orthophonie, Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Nice -2011.

- 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.

- Imad NAHAS, *sous la dir.*, du Professeur Denis MAZEAUD, « *Le jeu et le pari en droit* » Université Panthéon-Assas, École doctorale de droit privé, Thèse de doctorat en droit, soutenue le 7 janvier 2014.
- Hippocrate NULL, « *L'ancienne médecine* », éd., Belles Lettres, Coll., Des Universités De France – Coll., Budé, 1990.
- Jean-Pierre OBIN, « *Objectifs et techniques du jeu de rôles en formation* », compte-rendu du 3^e congrès des enseignants d'expression communication, Paris, 1980.
- 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.
- Organisation Mondiale de la Santé, « *Glossaire de la série Santé pour tous* » volume n°1 à 8, Genève, 1984, pp. 19-20.
- 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.
- 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.
- Rapport, « *Humanités – 10 ans d'arts et de culture dans les CHU* » publié par la Conférence des directeurs généraux de CHU, sous la direction et le soutien du ministère de la Culture et de la Communication, de la Fondation MACSF et du groupe MACSF – Assurances avec leur partenaire, le ministère de la Santé et des Sports, France, 2009.
- Rapport, Banque Mondiale, « *Témoignages d'enseignants vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne* », Imprimé pour la 15^e Conférence internationale sur le SIDA et les IST en Afrique (ICASA) - Décembre 2008.
- Victor ROLLAND, « *Réinsertion sociale et schizophrénie : Utilisation d'un programme de remédiation cognitive par l'ergothérapeute* », sous la direction de Sabine LIONNARD-RETY, Université Claude-Bernard Lyon 1, Institut des sciences et techniques de réadaptation, Institut de formation en ergothérapie, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État en ergothérapie, 2012.
- Sarah SALMONA, « *Pareil et différent* », coordonnée par Sabine MAILLET-CROZET, Association Française contre la Myopathie, 2011.
- Philippe SCIALOM, « *Jouer, comme au théâtre* », www.guide-psycho.com
- Serment d'Hippocrate, probablement rédigé au IV^e siècle av. J.-C., Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des Médecins.
- « *Théâtre Action et Champ psychiatrique* », Rapport d'une rencontre autour du projet « *Terra Incognita.europe* », organisée par le Réseau Art et Santé, coordonné par Culture et Démocratie ASBL, la Compagnie Acteurs de l'Ombre et le Centre de théâtre-action dans le cadre de la 13^e édition du Festival International de Théâtre-Action (FITA 2010), le 23 octobre 2010, au Théâtre Le Moderne à Liège.
- Nicolas THOUMY, « *La comorbidité entre troubles du spectre de la schizophrénie et troubles anxieux, revue de la littérature* », directeur de thèse Docteur Clélia QUILÈS, Université de Bordeaux, Médecine humaine et pathologie, 2016.
- Alain VASSEUR, directeur artistique d'Itinéraires Singuliers, « *Histoire de la Culture à l'hôpital* », Service Communication Centre Hospitalier la Chartreuse, décembre 2015.
- 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.

ARTICLES ET REVUES

- 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.
- Agence France-Presse, « *En 1885, le premier vaccin Pasteur contre la rage sauve un enfant* », 21 août 1995, consulté le 9 septembre 2017.
- 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).
- Pierre ALBERT-BIROT, « *Matoum en Matoumoisie (1919)* », *Théâtre IV*, Mortemart, Rougerie, 1979, p. 75 -142.
- Louise ARBOUR, « *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme* », in *Revue québécoise de droit international*, 1998, vol. 11.
- 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.
- Association québécoise des organismes de coopération internationale – AQOCI, « *Outil pédagogique complémentaire à la pièce de théâtre, Sang bon sang* », janvier 2011.
- Patricia ATTIGUI, « *Quand le jeu théâtral ouvre l'espace thérapeutique* », *Revue Art et Thérapie, L'Art questionne la psychanalyse*, n° 64-65, août 1998, pp. 74-87.
- Frédérick AUBOURG, « *Winnicott et la créativité* », *Portrait du psychanalyste en artiste*, article, *Filigrane*, volume 14, numéro 1, printemps 2005.
- Pierre AUBRY, Docteur Bernard-Alex GAÜZÈRE, « *Choléra Actualités 2015* », *médecine tropicale*, Mise à jour le 8.10.2015.
- 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.].
- Hélène BEAUCHAMP, « *L'intégration du spectateur au jeu des marionnettes : pour un théâtre ludique et critique* », *Centre de Recherche sur l'Histoire du Théâtre*, Université Paris IV-Sorbonne, avril 2008.
- 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.
- André BERTEN, « *Dispositif, médiation, créativité : petite généalogie* », *Le Dispositif. Entre usage et concept*, *Hermès*, n°25, 1999, pp. 33-47.
- Pierre BIENVAULT, « *L'épidémie de VIH/sida reste active en France* », *La Croix*, le 28 novembre 2017, consulté sur le site le 20 janvier 2018.
- Anne-Gaël BILHAUT, « *Les mots du corps : une ethnographie des émotions des soignants en cancérologie* », *ethnographiques.org*, Numéro 14, octobre 2007 [en ligne].
- Sylvain BORDIEC, « *La culture comme vecteur d'ancrage dans le social* », *Le sociographe* 3/2014, n°47, pp. 111-119.
- 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
- François BOURDILLON, Alain SOBEL, « *L'épidémie de sida : le temps des transformations* », *Les Tribunes de la santé* 2006/4 (n° 13), p. 53-67.
- Robert-Frédéric BRIDGMAN, « *Hôpital* », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 13 mars 2017.

- Sylvain CAMPEAU, « *Choléra morbus !* », *Jeu : revue de théâtre*, n° 51, 1989, p.174-176.
- Aurore CHESTIER, « *Du corps au théâtre au théâtre-corps* », *Corps* 2007-1, n° 2, p. 105-110.
- Gérard CHIMISANAS, « *L'atelier théâtre* », *Empan* 2007-2, n°66, p. 157-162.
- Janine CORBEIL, Danielle POUPARD, « *La Gestalt* », éd., *Revue Santé mentale au Québec*, Vol., 3, n°1, 61–84, juin 1978.
- 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.
- Gérard CREUX, « *Les conduites artistiques des travailleurs sociaux en milieu professionnel* », publié dans les sciences de l'éducation – Pour l'Ere nouvelle, 2006-3, vol. 39, pages 53 à 72.
- Cendryne CRONIER, « *Le prendre soin de personne non communicante* », *Travail de fin d'études – IFSI-CHU de Rennes – Promotion 2006-2009*.
- Carine DELANOÉ-VIEUX, « *La Ferme du Vinatier* », *VST - Vie sociale et traitements*, 2005/4 (n° 88), pp. 67-73.
- Patrick DELAROCHE, « *Le psychodrame psychanalytique individuel* », *Enfances & Psy* 2000/4 (n° 12), p. 89-95.
- Martine DENOYELLE, Alexandra KARDIANOU-MICHEL, Sophie MARMOIS-SICSIC & Sophie PADEL-IMBAUD, « *Dossier thématique : Monstres et héros* », publié sur le site du Musée du Louvre, 26-12-2011.
- Laurent DI FILIPPO, « *Contextualiser les théories du jeu de Johan Huizinga et Roger Caillois* », Presses universitaires de Lorraine, *Questions de communication*, 2014, mis en ligne le 1^{er} juillet 2016.
- 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.
- Marthe DUBREUIL, « *Théâtre et rêve* », *Cahiers de psychologie clinique* 2014-1, n° 42, p. 195-207.
- 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 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.
- 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. fihal-01456814f.
- Jean-Yves FLAMENT, psychologue clinicien, « *Les médiations utilisées en art thérapie* », 13 mai 2014, publié le, 28 juillet 2014.
- Olivier FOURNOUT, « *Le rire en quête d'auteur* », *Jeu : revue de théâtre*, n° 91, (2) 1999, pp. 120-124.
- Roxane GAGNON, « *L'improvisation théâtrale au service de l'expression orale et écrite et de son enseignement* », *Revue suisse des sciences de l'éducation*, Academic Press Fribourg. 2011.
- Yvonne GIORDANO, JOLIBERT Alain, « *Pourquoi je préfère la recherche quantitative. Pourquoi je préfère la recherche qualitative* », *Revue Internationale PME, Éd., EMS*, 2016, 29 (2).
- Jean-Michel GRADT, « *Record mondial des dépenses de santé* », LesEchos.fr, le 12 janvier 2017, consulté sur le site internet le 21 septembre 2017.

- Jean-Pierre GRAFTIEAUX, « *Les deux consciences : de l'étant-humain à l'Être et retour* ». Philosophy. Université Paris-Est, 2009.
- Mirko D. GRMEK, « *Histoire des sciences : début et origine d'une pandémie actuelle* », éd. Payot, 1989, 10^e édition, Université du Michigan.
- Haute Autorité de Santé, « *La bientraitance : 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.
- 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.
- Bernard HILLEMAND, 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.
- International de l'imaginaire, nouvelle série-n°2, « *Lieux et non-lieux de l'imaginaire* », Maison des cultures du monde, 1994.
- 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.
- Jeanne JEZEQUEL, étudiante en Master 1 Humanité et Industries créatives à l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense, Entretien du jeudi 1^{er} décembre 2016, Espace Pierre Reverdy, bâtiment L, disponible sur le site : Nanterre sur scène, le 20 janvier 2018.
- La Compagnie En Carton, « *Hosto, un regard d'IMpatient sur l'hôpital !* », article publié sur le site le 12 février 2019.
- *La Nouvelle Revue Française*, n° 217, 1^{er} octobre 1931, sous le titre *Le Théâtre Balinais, à l'Exposition coloniale*.
- 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.
- 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.
- Pierre LASCOUMES, Évelyne SERVERIN, « *Théories et pratiques de l'effectivité du droit* », in *Droit et société*, 1986, vol. 2, no 1, pp. 101-124.
- Bernard LE BORGNE extrait d'un article publié dans *La Gazette de Vienne* (38200) – janvier 2015.
- Sophie LE COQ, « *Art et culture à l'hôpital psychiatrique : à la recherche de la personne du patient* », MDC Sociologie / UEB-Rennes 2, CIAPHS (EA 2241).
- 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*, n° 535, juillet-août 2010.
- *Le Monde* avec AFP. Publié le 13 octobre 2017 à 06h18 - Mis à jour le 13 octobre 2017 à 6h18.
- *Le Parisien*, « *Le théâtre entre au Cash de Nanterre* », Paris, 16 mars 2002.
- François LECERCLE, Professeur à l'Université Paris-Sorbonne (CRLC), « *Violence de la représentation et rupture de protection mimétique* », université de Strasbourg, 22 février 2011, pp. 12-13.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- Dominique MAJOR, « *D'Athéna à la chamane : Mythes et processus d'individuation en art-thérapie* », Université Concordia Montréal, Québec, Canada, janvier 2007.
- Marie-José MANIDI, « *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* », Les Cahiers de l'école d'études sociales et pédagogiques, ch. des Abeilles 14, CH-1010 Lausanne, 2005.
- Gérard MASSÉ, « *Pour une réhabilitation psychosociale à la française* », éd., Revue, L'information psychiatrique, avril 2004, Vol., 82, 291-296.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Les dépenses de santé en 2015 - Résultats des comptes de la santé.
- Marilyn NICOUD, « *Éthique et pratiques médicales aux derniers siècles du Moyen Âge* », *Médiévales*, n° 46, Paris, PUV, printemps 2004.
- 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
- 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.
- 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.
- Institut PASTEUR, « *La dengue* », *article publié sur le site <https://www.pasteur.fr>* , juillet 2014, mise à jour le 03 janvier 2020.
- 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.
- Juignet PATRICK, « *Claude Lévi-Strauss et la fonction symbolique* », in : Philosophie, science et société [en ligne], 2015.
- Éric PECHILLON, « *La responsabilité administrative de l'établissement pratiquant du soin psychiatrique* », CAA Bordeaux, Consort A. C. Centre hospitalier de Brive, 9 avril 2013, n°12.
- Jean François PICARD, Vincent VIET, <http://www.histrecmed.fr/> (MAJ 3-2019).
- Jean François PICARD, Vincent VIET, Lion MURARD & Patrick ZYLBERMAN, « *L'hygiène dans la république. La Santé publique en France ou l'utopie contrariée, 1870-1918* », Paris, Fayard, 1996, In : Sciences sociales et santé. Volume 16, n°1, 1998. pp. 135-138.
- Lucile PIVOT, « *Réhabilitation psychosociale et schizophrénie : transfert des apprentissages cognitifs dans la vie quotidienne* », HAL, Médecine humaine et pathologie, 2016.
- Didier PLASSARD, « *L'auteur et le metteur en scène : aperçus d'un combat* », publié sur le site SFLGC (Société française de littérature générale et comparée), consulté le 1^{er} janvier 2019.
- Philippe POISSON, « *Maison de répression de Nanterre* », Crimino Corpus, 28 novembre 2018.
- 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.

- Philippe RAPPARD, « *La fin du non-lieu psychiatrique et son incidence sur le but des institutions françaises médico-légales. (À propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental)* », *L'information psychiatrique*, vol. volume 85, no. 8, 2009, pp. 759-768.
- 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.
- Revue de l'art théâtral, « *Les Cahiers du théâtre d'action internationale* », Galicia-BnF, octobre 1932.
- Ariane RICHARD-BOSSEZ, Sylvia GIREL et Fanny BROUELLE, « *La réception du théâtre par le jeune public* », *Terrains/Théories* [En ligne], 7 | 2017, mis en ligne le 22 décembre 2017.
- 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.
- Florent SCHMITT, « *L'art comme jeu(x)* », dans revue ? *Interrogations ?*, n° 23. Des jeux et des mondes [en ligne], Consulté le 2 novembre 2018.
- 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.
- 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.
- Michel VAÏS, « *Théâtre et société : Quels rapports ?* », Éd., *Cahiers de théâtre Jeu*, 82, 8-21, année 1997.
- Michel VAÏS, « *Le théâtre utile : entre loisir et thérapie* », *Jeu : revue de théâtre*, n° 91, 2 1999, p.103-119.
- Soisik VERBORG, Ingrid CARTIER, Jérôme BERTON, Jean-Claude GRANRY, « *Les simulations de consultation et la question des acteurs – patients simulés ou standardisés* », *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2015, 199, n° 7, 1165-1172, séance du 20 octobre 2015.
- Christian VON EHRENFELS, « *üeber gestaltqualitaeten* », *Vierteljahrsschrift fuer wissenschaftliche Philosophie*, 1890 (Christian von Ehrenfels, « *À propos des qualités de design* », *Journal trimestriel de philosophie scientifique*, 1890).
- 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.

NOTES SOUS ARRÊTS

- CE, 7 mai 2014, n°359076.
- C. cass., Ch. Civ. 2, du 02 déc. 2010, 09-68094.
- C. Cass, Ch. Civ 1, du 9 octobre 2001, n° 00-14.564, publié au bulletin, 2001, n° 249, p.157.
- Cass. Civ. 1^{ère}, arrêt n° 426, 25 février 1997.
- Cour d'appel de Rennes, du 5 juillet 1994, Bulletin 1997, I, n° 75, p. 49.
- Conseil d'État, du 9 avril 1993, n° 69336, publié au recueil Lebon.
- C. cass., 29 mai 1951, D. 1952, note Savatier, et, CE, 7 mai 2014, n°359076.
- Cour de cassation, chambre civile, 20 mai 1936, arrêt Mercier.

LES TEXTES DE LOIS

- 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 janvier 2018.
- Légifrance, Article D. 3113-6 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 janvier 2018.
- Légifrance, « *L'ordonnance n° 2016 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations* », publiée sous le n° 0035, au *Journal Officiel de la République Française* le 11 février 2016, version en vigueur, consulté le 4 février 2019.
- 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.
- Légifrance, arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, *JORF*, n°0095 du 23 avril 2013, p. 7097, texte n° 30, version en vigueur au 12 novembre 2018.
- 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.
- Loi « *Patient Protection and Affordable Care Act* », votée par le 111^e Congrès des États-Unis, loi « *Obamacare* », promulguée le 30 mars 2010.
- 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.
- 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.
- 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.
- Loi n° 2006-728 du 23 juin 2006 portant réforme des successions et des libéralités, *JORF*, n° 145 du 24 juin 2006, p. 9513.
- 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.
- 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.
- 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.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, Version consolidée au 06 novembre 2019.
- Légifrance, loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, version initiale, consultée le 13 septembre 2017.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 79, loi Kouchner, JORF, n°54, JORF du 5 mars 2002, p. 4118.
- 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.

- 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.
- Loi n° 99-198 du 18 mars 1999 portant modification de l'ordonnance n° 45-2339 du 13 octobre 1945 relative aux spectacles, *JORF* n° 66 du 19 mars 1999, p. 4047.
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, *JORF* n°175 du 31 juillet 1998, p. 11679.
- 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 et notamment 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 et la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.
- Loi sur le statut de l'éducateur spécialisé (niveau graduat), votée le 29 avril 1994 et parue au *Moniteur Belge* le 20 avril 1996.
- Loi du 15 février 1992 relative à la protection de la santé publique, publiée le 19 février 1992, *Journal Officiel de la République Française*, p. 1173.
- Loi du 6 février 1992 organise l'administration territoriale de la République et ses services déconcentrés dans les activités culturelles.
- 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.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Version consolidée au 15 décembre 2017.
- 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.
- 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.
- 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*.
- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi du 26 juin 1909, publiée au régula, page 362, n° 6389 : épizooties, *JORF* du 25 juin 1909.
- Loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, publiée au *Journal Officiel* du 19 février 1902.
- Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association, *JORF* du 2 juillet 1901 p. 4025, Version consolidée au 25 février 2019.
- Légifrance, la loi du 30 juin 1838, dite « *Loi des aliénés* », Recueil Duvergier page 490.

CONSTITUTIONS ET CODES

- Légifrance, Code de la propriété intellectuelle, version en vigueur au 24 mars 2019, consulté le 24 mars 2019.
- Légifrance, Code de procédure pénale, version en vigueur au 24 mars 2019, consultée le 24 mars 2019.
- Code civil français, 117^e édition, éd, Dalloz, 2018.
- Code pénal français, 114^e édition, éd, Dalloz, 2017.
- Code de déontologie médicale, édition avril 2017.

- Code de la santé publique, 30^e édition, éd. Dalloz, 2016.
- Légifrance, Code général des collectivités territoriales, version en vigueur au 22 décembre 2014, consulté le 24 mars 2019.
- Fédération Française des Art-Thérapeutes association loi 1901, « *Code de déontologie des art-thérapeutes* », juin 2014.
- Code du travail, Dalloz, 75^e édition, 2013.
- Code de la sécurité sociale, Dalloz 37^e édition, 2013.
- Code pénal, 110^e édition, éd. Dalloz, 2013.
- Code de déontologie des psychologues, mars 1996, Actualisation février 2012.
- Légifrance, Code rural et de la pêche maritime, article L.223-10, version en vigueur au 24 juillet 2011, consulté le 10 septembre 2017.
- Légifrance, Code de procédure pénale, version en vigueur au 10 mars 2004, consulté le 18 mars 2019.
- Légifrance, Code de la santé publique, version en vigueur du 2 juillet 1998 au 30 décembre 1999, consultée le 26 décembre 2018.
- AFRATAPEM, Code de déontologie d'art-thérapeute, loi 1901, créée en 1976.
- Légifrance, Code de procédure pénale, version en vigueur du 25 août 1960 au 31 mars 2006, consulté le 24 mars 2019.
- Constitution de la République française de 1958, version en vigueur au février 2018, consulté le 1^{er} février 2018.
- 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, amendé plusieurs fois et publié dernièrement en France - septembre 1994.
- Code de Nuremberg, décembre 1946 - août 1947.
- Constitution de la République française de 27 octobre 1946, JORF, vol. 78e année, no 253, 28 octobre 1946, p. 9166-9175.
- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, Conseil Constitutionnel le 10 novembre 2016.
- Préambule de Constitution française du 27 octobre 1946, IV^e République.
- Code de Hammurabi est un texte juridique babylonien daté d'environ 1750 av. J.-C.
- Éthique et Code de Déontologie de l'AAC, Praticien en art-thérapie spécialisation danse & médiations créatrices, Association Art des Corps.

TRAITÉS ET CONVENTIONS

- Nouvelle Convention, « *Culture et Santé* », signée le jeudi 6 mai 2010 à Paris, entre le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication.
- Convention signée en France le 8 octobre 2007 entre le Préfet, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine et le Conseil Régional d'Aquitaine.
- Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Journal officiel des Communautés européennes*, 18 décembre 2000, 2000/C 364/01.
- 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.
- Organisation Mondiale de la Santé, Charte de Budapest, 1992.
- Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, *Journal officiel de l'Union européenne*, Rome, le 25 mars 1987.
- Organisation Mondiale de la Santé, Europe Promotion de la Santé, « *Charte de l'Ottawa* » adopté le 21 novembre 1986.
- Conférence internationale du 12 septembre 1978 à Alma-Ata au Kazakhstan, Organisation mondiale de la santé.

- « *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.

- « *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.

- 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).

DÉCLARATIONS ET DÉCISIONS

- « *Droits culturels, Déclaration de Fribourg* », adoptée à Fribourg, le 7 mai 2007, Journal officiel de l'Union européenne.

- 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.

- Déclaration de la troisième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, Londres, le 18 juin 1999.

- *Droits culturels*, Projet de déclaration, P. Meyer-Bisch, éd., 1998, Paris / Fribourg, Unesco / Éditions universitaires.

- 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.

- Organisation Mondiale de la Santé, Déclaration de Vienne, 1997.

- Convention européenne des droits de l'homme, signée à Rome le 4 novembre 1950, entrée en vigueur en 1953.

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

- 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.

RÈGLEMENTS

- 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.

- Agence nationale de la recherche, Charte de déontologie, Réf DIR-REG-090309-L-01-01. Paris : ANR, 2009.

- DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 règlement affirmant les droits du patient.

- 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.

- 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 avril 2004.

CIRCULAIRES ET DIRECTIVES

- Circulaire n° 2016-114 du 10 août 2016, relative aux orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.
- Circulaire n° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.
- La Directive n° 2011/24/UE, du Parlement Européen et du Conseil du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.
- 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.
- Protocole d'accord entre le ministère de la Culture et de la Communication, le ministère de la Santé et des Solidarités et le Cercle des partenaires pour amplifier l'accès à la culture au sein des établissements de santé, signé le mardi 10 janvier 2006.
- 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.
- 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*.
- 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.
- 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.
- Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.
- 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*.
- Directive Européenne n°92-117 du 17 décembre 1992 N0 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.
- Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales et déficiences mentales des enfants et des adultes, *Journal Officiel de la République Française*, 21 avril 1972, p. 4209.
- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, *non paru au Journal Officiel*.

ORDONNANCES

- 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.
- Ordonnance n° 2016-131, portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations, *JORF*, n° 0035, du 11 février 2016 texte n° 26.
- 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.

DÉCRETS ET ARRÊTÉS

- 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.
- Décret n° 2016-806 du 16 juin 2016 relatif aux Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles, *Journal Officiel de la République Française*, n°0141, du 18 juin 2016.
- Décret n° 2013-16 du 7 janvier 2013 portant création du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées, JORF n° 0007 du 9 janvier 2013 page 719, texte n° 11.
- 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.
- 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.
- Décret n° 2011-994 du 23 août 2011 relatif à la licence d'entrepreneur de spectacles vivants, JORF n°0196 du 25 août 2011 p. 14402.
- 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.
- 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.
- 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.
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code Les dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé publique font l'objet d'une publication spéciale annexée au Journal officiel de ce jour (voir à la fin du sommaire). JORF n°183 du 8 août 2004 page 14150, texte n° 5.
- 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.
- 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 page 7790 texte n° 8.
- 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.
- 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.
- Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique, *JORF* n°78 du 1^{er} avril 1992, p. 4607.

- Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'ergothérapeute, *JORF* n° 223 du 26 septembre 1990 p. 11678.
- Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'ergothérapeute, complété par l'arrêté du 11 mars 1968 sur la durée de conservation des archives médicales. Règlement des archives hospitalières. Paris : ministère d'État chargé des Affaires culturelles. 1968.
- Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, *JORF* du 23 novembre 1986, p. 14133.
- Décret n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'État d'ergothérapeute, *JORF* du 10 novembre 1970, p. 10417.
- Décret n°53-1253 du 19 décembre 1953 relatif à l'organisation des spectacles amateurs et leurs rapports avec les entreprises de spectacles professionnelles, publié au *Journal Officiel de la République Française* le 23 décembre 1953.
- 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.
- Arrêté du 17 octobre 1945 Centre régionaux d'éducation sanitaire, *JORF* du 7 novembre 1945 page 7357.
- 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.
- Décret du 3 avril 1909, relatif à l'organisation du service des épizooties dans les Départements, *JORF* du 25 avril 1909, page 4412.
- Décret du 24 mai 1876, instituant un comité consultatif des épizooties, *JORF* du 7 avril 1876 page 165.

DISCOURS

- 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.
- 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.
- 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.

COURS DE DROIT

- Cours d'histoire de droit de la santé, Professeur Madame Véronique Harouel-Bureloup, année scolaire 2014-2015.

INDEX ANALYTIQUE

| | |
|---|-----------|
| THÉÂTRE À L'HÔPITAL ET POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE – APPROCHES DE SCIENCES AUXILIAIRES | 11 |
| DU DROIT | 11 |
| INTRODUCTION : (Prologue) | 13 |
| I] LES ÉCRITURES DU THÉÂTRE ET DE LA MÉDECINE. | 15 |
| A] HISTORIQUE | 17 |
| 1) Avant Molière (1622-1673) | 21 |
| 2) Après Molière (1622-1673) | 24 |
| B] LE THÉÂTRE AMI DE LA MÉDECINE | 28 |
| 1) La pénétration de l'art dans la médecine | 28 |
| 2) L'alliance de ces deux arts | 31 |
| II] DÉFINITIONS ET PROBLÉMATIQUE | 32 |
| A] DÉFINITION DES CONCEPTS DU THÉÂTRE ET DE THÉÂTRE THÉRAPEUTIQUE | 35 |
| 1) Les ressources humaines | 36 |
| 2) La logistique | 39 |
| B] L'INTERROGATION IMPORTANTE ET MAJEURE DE CETTE RECHERCHE | 40 |
| 1) La problématique | 41 |
| 2) Quels intérêts apportés par le théâtre aux patients, aux professionnels et aux usagers de l'hôpital et aux établissements de soins ? | 42 |
| LE LEVER DE RIDEAU | 47 |
| PARTIE I - | 49 |
| LE THÉÂTRE, ACTEUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ET PRIVÉE | 49 |
| TITRE I / (ACTE I) - | 51 |
| LES ATELIERS DE SANTÉ DANS LE THÉÂTRE : | 51 |
| UN LANGAGE ARTISTIQUE ACCESSIBLE À TOUS | 51 |
| CHAPITRE I / SCÈNE I - | 53 |
| L'ENRACINEMENT DU THÉÂTRE DANS LA SANTÉ PUBLIQUE ET PRIVÉE | 53 |
| SECTION I - LA SENSIBILISATION ET LA MOBILISATION DE LA POPULATION PAR L'ART THÉÂTRAL | 57 |
| PARAGRAPHE 1 - POURQUOI LE THÉÂTRE ? | 58 |
| A] LE COMÉDIEN : COMMUNICATEUR PUBLIC POUR LES PATIENTS ET POUR LES USAGERS DE L'HÔPITAL EN MATIÈRE DE SANTÉ ET D'OFFRE DE SOINS | 62 |
| 1) Communication de santé : moyen de mise en œuvre d'une santé pour tous | 64 |
| a) La conférence internationale de 1978 à Alma Ata au Kazakhstan | 67 |
| b) La Charte d'Ottawa de 1986 | 69 |
| 2) La politique du dépistage et de la vaccination | 71 |
| a) Les textes et les règlements en vigueur | 78 |
| b) Le rôle de l'artiste dans la politique de prévention et de promotion de santé | 81 |
| B] L'ARTISTE FACE AUX EXIGENCES DE CLARTÉ | 83 |
| 1) Une exigence de pédagogie imposée à l'artiste/éducateur | 84 |
| a) Une pédagogie de complexité | 84 |
| b) Une pédagogie de risque | 85 |
| 2) La réglementation : un principe du droit de patient lié aux soins médicaux de qualité | 85 |
| a) Existe-t-il un droit à la liberté de choix de l'artiste éducateur ? | 86 |
| b) Le patient a-t-il un droit de décision dans le processus du soin artistique le concernant ? | 87 |

**PARAGRAPHE 2 - LES COMPAGNIES DE THÉÂTRE EN COLLABORATION AVEC
DES INSTITUTIONS SANITAIRES _____ 87**
A) QUI PEUT COMMUNIQUER DANS LE CIRCUIT DE LA SANTÉ SELON LA LOI ? _____ 88

- 1) La compagne de communication menée par l'artiste _____ 90
- a) Les inégalités de santé dévoilées par le comédien _____ 91
- b) Santé et précarisation, deux objectifs de communication _____ 93
- 2) Comparaison du système de santé américain et du système français. _____ 94
- a) L'art-thérapeute aux États-Unis d'Amérique. _____ 96
- b) L'art-thérapeute en France _____ 97

B) CERTAINS ÉTABLISSEMENTS ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE. _____ 98

- 1) L'Agence Régionale d'Hospitalisation Rhône-Alpes et la Direction Régionale des Affaires Culturelles (Rhône-Alpes) avec les compagnies de théâtre. _____ 100
- a) Les maisons de santé pluridisciplinaires. _____ 102
- b) La vision des maisons des artistes face à la nouvelle politique culturelle dans la santé _____ 102
- 2) L'ouverture vers un nouvel emploi _____ 104
- a) L'élargissement des compétences culturelles et artistiques hospitalières dans les régions _____ 105
- b) Recommandations. _____ 105

**SECTION II - LA NOTION DE LA « BIENTRAITANCE » DANS LE SECTEUR SOCIAL
ET MÉDICO-SOCIAL _____ 106**

**PARAGRAPHE 1 - LA POLITIQUE DE LA « BIENTRAITANCE » ET LA
PHILOSOPHIE ARTISTIQUE _____ 108**

A) LE THÉÂTRE - DÉFINITION DE LA NOTION DE « BIENTRAITANCE » _____ 110

- 1) La qualité du service attendu par le patient _____ 110
- a) Le consensus sur les valeurs des patients hospitalisés _____ 111
- b) L'artiste face à la démarche clinique de la « bientraitance » _____ 113
- 2) Quelques recommandations sur la politique de la « bientraitance » _____ 114
- a) Recommandations _____ 115

**B) LA VALORISATION ET LE RESPECT DU PATIENT DANS LA
« BIENTRAITANCE » _____ 115**

- 1) Amélioration de la prise en charge _____ 116
- a) Recommandations : plan de construction et de réhabilitation _____ 116
- 2) Les avancements juridiques dans la maladie mentale _____ 117
- a) L'article 122-1 du Code pénal dispose que : _____ 119
- b) Quelles sont les questions sollicitées par le juge lorsqu'un expert est appelé à se prononcer sur la responsabilité d'un criminel ? _____ 120

PARAGRAPHE 2 - DISPOSITIF DE LA COLLABORATION INTERMINISTÉRIELLE _____ 121

A) LA MISE EN PLACE D'UNE CONVENTION INTERMINISTÉRIELLE EN 1999 _____ 122

- 1) La convention de 1999 et ses axes d'interventions _____ 123
- a) Les trois critères de la convention de 1999 : « Culture à l'Hôpital » _____ 123
- b) Les quatre axes des principes du partenariat dans le « Programme Culture à l'Hôpital » _____ 124
- 2) Le renforcement de la convention de 1999 par un Protocole d'accord de 2006 _____ 124
- a) La mise en place d'un système de jumelage entre acteurs de la santé _____ 125
- b) Objectifs définis par ce système de jumelage octroyant un financement _____ 126

B) LA RÉALISATION DU « PROGRAMME CULTURE À L'HÔPITAL » _____ 127

- 1) Un exemple de deux structures jumelées _____ 128
- a) Les animations de Maria Fonzini et Éric Jakobiak _____ 129
- b) Le développement de la politique culturelle sur le territoire français _____ 130
- 2) Qui sont les professionnels de la « Culture à l'hôpital » ? _____ 131
- a) L'artiste thérapeute et/ou rééducateur : rôles et compétences attribués _____ 133
- b) Les qualités scientifiques et les attitudes du comédien thérapeute _____ 134

| | |
|---|------------|
| Conclusion du Chapitre I _____ | 135 |
| CHAPITRE II / SCENE II – _____ | 137 |
| L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION DE SANTÉ _____ | 137 |
| SECTION I - LA POLITIQUE DE L'INFORMATION DE SANTÉ _____ | 141 |
| PARAGRAPHE 1 - LE THÉÂTRE COMME MOYEN D'INFORMATION DE SANTÉ _____ | 143 |
| AJ L'ARTISTE INFORME _____ | 144 |
| 1) L'information véhiculée par l'artiste aux usagers du système de soins _____ | 145 |
| a) L'information sur les droits des patients _____ | 146 |
| b) L'information de l'entourage du patient _____ | 148 |
| 2) La volonté du patient _____ | 149 |
| a) Le consentement du patient étranger dans le processus thérapeutique _____ | 150 |
| b) Le consentement du patient malentendant dans le théâtre _____ | 151 |
| BJ EXISTE-T-IL UN DROIT SPECIFIQUE LIÉ AU THÉÂTRE THÉRAPEUTIQUE POUR LES MINEURS ET POUR LES PATIENTS PLACÉS SOUS TUTELLE ? _____ | 152 |
| 1) Existe-t-il une vision juridique de cette question ? _____ | 153 |
| a) Le consentement du patient mineur dans l'art-thérapie _____ | 154 |
| b) Le consentement du patient placé sous tutelle _____ | 155 |
| 2) Les sanctions pour défaut de consentement _____ | 157 |
| a) La confidentialité entre artiste et patient _____ | 158 |
| b) Qui peut conserver les informations du patient ? _____ | 161 |
| PARAGRAPHE 2 - POURQUOI INFORMER ET RECUEILLIR LE CONSENTEMENT DU PATIENT ? _____ | 162 |
| AJ L'AVANTAGE DE L'INFORMATION ET L'OBTENTION DU CONSENTEMENT _____ | 162 |
| 1) Les avantages apportés par l'information de santé _____ | 162 |
| a) La méconnaissance et l'inquiétude du patient face à la chirurgie _____ | 163 |
| b) L'information des usagers du système de santé public ou privé _____ | 164 |
| 2) L'implication du praticien dans le recueil du consentement du patient _____ | 165 |
| a) Le choix du médecin traitant _____ | 166 |
| b) Est-il possible d'avoir un libre choix du comédien thérapeute pour des motifs religieux ? _____ | 167 |
| BJ LE THÉÂTRE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ _____ | 169 |
| 1) La pratique du théâtre devant le malade _____ | 170 |
| a) Le malade devant son comédien _____ | 171 |
| b) Recommandations _____ | 173 |
| 2) Les coups de l'art théâtral en atelier de santé sur la scène de l'Odéon _____ | 173 |
| a) Donner au grand public les mots pour comprendre _____ | 174 |
| b) Être acteur de ses soins _____ | 174 |
| SECTION II - LA POLITIQUE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ _____ | 175 |
| PARAGRAPHE 1 - UNE TOURNURE DES MOTS : « ÉDUCATION POUR LA SANTÉ », « ÉDUCATION SANITAIRE », « ÉDUCATION À LA SANTÉ » ET « PROMOTION OU PRÉVENTION » _____ | 178 |
| AJ DÉFINITION DE L'« ÉDUCATION POUR LA SANTÉ » ET SON RÔLE _____ | 180 |
| 1) Qui a la responsabilité de l'éducation sanitaire ? _____ | 181 |
| a) La légitimation de l'éducation sanitaire _____ | 184 |
| b) Une responsabilité partagée : l'entrée de l'éducation à la santé dans les milieux scolaires _____ | 185 |
| c) Un réseau nation d'éducation pour la santé publique soutenu par le théâtre _____ | 187 |
| 2) L'environnement facteur d'influence éducative pour la santé _____ | 189 |
| a) Soutien des patients à l'insertion sociale _____ | 190 |
| b) L'enjeu de planification de l'offre de soins _____ | 192 |
| BJ LA RÉGLEMENTATION ET LES MOYENS DE L'ÉDUCATION SANITAIRE _____ | 193 |
| 1) La réglementation de l'éducation hospitalière en évolution _____ | 194 |
| a) Problèmes juridiques et éthiques relatifs à l'éducation à la santé _____ | 197 |

| | |
|--|------------|
| b) L'éducation à la santé en Europe _____ | 198 |
| 2) Les méthodes et les moyens de l'éducation sanitaire _____ | 201 |
| a) Quelques textes réglementaires à l'éducation thérapeutique _____ | 202 |
| b) L'éducation du patient en art-thérapie est-elle un enseignement artistique ? _____ | 203 |
| PARAGRAPHE 2 - QUEL EST LE STATUT SPÉCIFIQUE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DANS LE « PROGRAMME CULTURE À L'HÔPITAL » ? _____ | 204 |
| A) L'ART DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS OU L'ART-THÉRAPIE À L'HÔPITAL _____ | 205 |
| 1) La Compagnie DELTA 7 à l'Hôpital Paul-Brousse de Villejuif. _____ | 206 |
| a) « Qui dit "éducation pour la santé", dit "apprendre sa santé" » _____ | 208 |
| b) L'éducation thérapeutique : une autre forme de formation _____ | 208 |
| 2) La qualité des soins attendus _____ | 208 |
| a) Le diagnostic _____ | 209 |
| b) Une synthèse du diagnostic éducatif _____ | 210 |
| B) CONCEVOIR L'ÉDUCATION DE SANTÉ À TRAVERS LE THÉÂTRE _____ | 210 |
| 1) L'éducation de santé du patient dans la collectivité _____ | 211 |
| a) Mise au point des méthodes d'évaluation à l'éducation de santé _____ | 212 |
| b) Recommandations _____ | 213 |
| 2) Les aptitudes à apprendre pour l'éducation théâtrale (art-thérapie) _____ | 214 |
| a) L'éducation par l'effort du patient lui-même _____ | 215 |
| b) L'éducation de santé au foyer du patient _____ | 215 |
| Conclusion du Chapitre II _____ | 215 |
| Conclusion du TITRE I _____ | 216 |
| TITRE II / (ACTE II) – _____ | 219 |
| LE CORPS DANS LE THÉÂTRE MÉDICAL _____ | 219 |
| CHAPITRE I / SCÈNE I – _____ | 221 |
| LA MANIPULATION DU CORPS DU COMÉDIEN PAR LE MÉDECIN _____ | 221 |
| SECTION I - L'ANATOMIE, UNE SCÈNE INSTRUCTIVE _____ | 223 |
| PARAGRAPHE 1 - LE CORPS DU COMÉDIEN À LA PLACE DU PATIENT _____ | 224 |
| A) LE COMÉDIEN ET SES COMMENTAIRES _____ | 226 |
| 1) La douleur corporelle enrichissante _____ | 227 |
| a) La violence du médecin _____ | 229 |
| b) Le stress et le mal de dos du patient _____ | 230 |
| 2) Le corps violenté dans les grands théâtres _____ | 232 |
| a) Le théâtre doit-il tout montrer ou tout cacher à son public ? _____ | 235 |
| b) Au théâtre : l'inconfort du regard du spectateur _____ | 236 |
| B) LES RÉPLIQUES DE LA PEAU MISE EN SCÈNE _____ | 238 |
| 1) La souffrance de la peau : la dépigmentation _____ | 239 |
| a) Les causes de la dépigmentation en Afrique _____ | 240 |
| b) Les dangers de la dépigmentation artificielle _____ | 241 |
| 2) Les effets des actes terroristes au grand théâtre _____ | 242 |
| a) Est-il possible de représenter les actes terroristes au théâtre : le 11 septembre 2011 aux États-Unis ? _____ | 243 |
| b) Enjeux de la mise en scène des actes terroristes _____ | 244 |
| PARAGRAPHE 2 - LE RÉEL ET LE LUDIQUÉ EN COMPAGNIE _____ | 245 |
| A) LE RÉEL ET LE LUDIQUÉ (L'ARTIFICIEL) _____ | 246 |
| 1) Le jeu scénique à l'hôpital _____ | 247 |
| a) L'espace ludique de la personne impliquée dans le théâtre thérapeutique _____ | 248 |
| b) L'esthétique : le ludique, un espace de verdict _____ | 249 |
| 2) Les difficultés de prononciation du texte _____ | 250 |
| a) Les souffrances liées au physique _____ | 253 |
| b) Le plaisir du spectateur _____ | 254 |

| | |
|--|------------|
| B) LES MYTHES | 255 |
| 1) Le corps et l'imagination dans le processus thérapeutique | 257 |
| a) Le dialogue entre le soi et le trauma à travers l'image | 257 |
| b) Pourquoi les histoires des mythes ont-elles choisi le corps humain pour faire passer leurs messages ? | 258 |
| 2) Un point de vue médical face à cette conception | 259 |
| a) L'identité du corps : de la phénoménologie du corps et de la conscience de soi | 261 |
| b) Les expressions : manœuvres phénoménologiques de soi | 263 |
| SECTION II - L'ART THÉÂTRAL ET LA MALADIE SUR SCÈNE/HÔPITAL | 264 |
| PARAGRAPHE 1 - UNE SCÈNE DES MALADIES CONTAGIEUSES ET TRANSMISSIBLES | 265 |
| A) LES MALADIES CONTAGIEUSES | 268 |
| 1) Le corps ou la peau, vecteur des maladies contagieuses | 268 |
| a) La peste, un monologue dans le théâtre hospitalier | 270 |
| b) Le choléra dans les milieux hospitaliers | 274 |
| 2) Les normes du droit français et du droit européen | 278 |
| a) Quelles sont les dispositions mises en place par le droit français pour la lutte contre les maladies infectieuses ? | 279 |
| b) Le dispositif européen ou le droit européen : la politique de lutte contre les maladies transmissibles | 283 |
| B) LE SIDA ET D'AUTRES MALADIES TRANSMISSIBLES | 286 |
| 1) Le théâtre et le VIH/sida : une transformation de prise en charge | 288 |
| a) Témoignages des sidéens et leur sensibilisation au public | 291 |
| b) Les orientations du comédien à son patient | 293 |
| 2) Le cancer est-il une maladie transmissible ? | 296 |
| a) Vivre avec le cancer | 298 |
| b) La prise en charge | 301 |
| PARAGRAPHE 2 - LA MÉDECINE DANS UNE ANALYSE CRITIQUE DU THÉÂTRE : LE MALADE IMAGINAIRE, LE MÉDECIN MALGRÉ LUI ET KNOCK OU TRIOMPHE DE LA MÉDECINE | 304 |
| A) LES CRITIQUES DRAMATIQUES FACE AU PROFESSIONNEL MÉDICAL | 306 |
| 1) Une étude critique de la relation médecin-patient | 308 |
| a) L'étude de l'état de santé d'Argan | 311 |
| b) Apprendre à écouter son patient | 314 |
| 2) L'apparence du médecin | 316 |
| a) La satire de la médecine : <i>Le Médecin malgré lui</i> | 318 |
| b) Qui est responsable, du médecin ou du patient, quand celui-ci refuse un soin médical ? | 320 |
| B) LA NAÏVETÉ DU PATIENT DEVANT SON MÉDECIN | 321 |
| 1) La foi du patient envers son médecin | 322 |
| a) Knock, la Dame en noir et la Dame en violet | 322 |
| b) Knock : farce ou apologie de la médecine | 332 |
| 2) Pourquoi tous ces patients se considèrent-ils comme des malades souffrants ? | 333 |
| a) L'hypocondrie ou la maladie imaginaire du patient | 333 |
| b) Quels traitements ou quelles thérapies pour l'hypocondriaque ? | 334 |
| Conclusion du Chapitre I | 335 |
| CHAPITRE II / SCÈNE II – | 337 |
| LE CORPS S'EXPRIME DANS L'ART ET DANS LA MÉDECINE | 337 |
| SECTION I - LES ÉMOTIONS CORPORELLES, MOTEURS DE RECHERCHES DE VALEURS | 339 |
| PARAGRAPHE 1 - LE CORPS ET LE VISAGE | 340 |

AJ LE RIRE ET LA COLÈRE, SOURCES DES VALEURS D'ÉTHIQUE : LES MOTS DU CORPS _____ **342**

- 1) Le rire _____ 345
- a) Le rire inopportun du patient hospitalisé _____ 346
- b) Conditions liées à l'utilisation de l'humour pour faire rire dans les établissements de soins _____ 348
- 2) La colère _____ 351
- a) La gestion de la colère _____ 353
- b) La peur du patient : conséquence des réactions émotionnelles _____ 354

BJ LE RESPECT DES VALEURS ÉMOTIONNELLES _____ **358**

- 1) La compassion à l'hôpital _____ 359
- a) Un exemple de la compassion comme pilier de la survie de l'hôpital _____ 360
- b) Comment annoncer la gravité d'une maladie ou un handicap à un patient ou à ses proches, le décès de celui-ci ? _____ 360
- 2) Les émotions des professionnels de santé ou des artistes de l'hôpital _____ 361
- a) La colère du praticien médical serait-elle une émotion interdite dans son exercice ? _____ 362
- b) Comment extraire la peur ? _____ 364

PARAGRAPHE 2 - EXISTE-T-IL UN RÉVÉLATEUR D'UN SENTIMENT OU D'UN CONFLIT DE VALEURS CHEZ LE PATIENT ET LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ? _____ **365**

AJ ANGOISSE DANS L'ÉTHIQUE MÉDICALE - UN RÉVÉLATEUR D'UN CONFLIT DE VALEURS _____ **365**

- 1) Le jugement humain à l'état affectif d'autrui _____ 366
- a) L'éthique constitue-t-elle un argument pesé et soupesé dans les soins de façon rationnelle ? _____ 368
- b) Des expressions corporelles : affectives et informatives _____ 368
- 2) L'éthique apporte-t-elle du changement émotionnel ? _____ 369
- a) Le lien entre l'émotion, l'identification du personnage et l'éthique _____ 370
- b) Les besoins du patient à l'esthétique du théâtre _____ 371

BJ LE GRAND RIRE DÉVOILÉ _____ **373**

- 1) Une raison possible dans une folie de rire _____ 374
- a) La folie habite-t-elle dans la raison ou celles-ci sont-elles des voisines ? _____ 375
- b) Le public : la raison dans la folie du patient _____ 376
- 2) Le fou _____ 377
- a) Les histoires des fous dans l'expérimentation théâtrale _____ 379
- b) La réaction du patient hospitalisé _____ 379

SECTION II - LE MAL « DIT VRAISEMBLABLEMENT LA MALADIE OU LA DOULEUR » _____ **380**

PARAGRAPHE 1 - LES AGISSEMENTS DU CORPS PAR LA SOUFFRANCE DE L'ESPRIT _____ **383**

AJ LA PAROLE DU PATIENT - SIGNE DE LA MALADIE OU DE LA DOULEUR _____ **384**

- 1) Le dialogue entre le médecin traitant et son patient _____ 385
- a) Un exemple de l'atelier de Bachirou M'HOUMADI _____ 387
- b) Le déguisement du comédien pour expliquer les effets du diarrhée _____ 388
- 2) La somatisation chez le malade _____ 388
- a) La recherche du théâtre dans la somatisation du patient _____ 389
- b) Existe-t-il un moyen artistique et théâtral de repérer la somatisation ? _____ 390

BJ ÉCRIRE OU DIRE - UN MOYEN DE TRANSMETTRE OU DE VÉHICULER LES ÉMOTIONS DES PROFESSIONNELS ARTISTIQUES _____ **392**

- 1) Les émotions véhiculées par l'écriture _____ 393
- a) L'écriture ou la peinture _____ 393
- b) Y a-t-il un décalage émotionnel entre l'information écrite et l'information orale ? _____ 394
- 2) Est-il possible de contrôler les émotions ? _____ 395
- a) Le débordement émotionnel du professionnel médical _____ 396

| | |
|---|------------|
| b) La prise en charge émotionnelle _____ | 397 |
| PARAGRAPHE 2 - L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ET LEURS PROCHES | 399 |
| A) DU SAVOIR-ÊTRE ET DU SAVOIR-FAIRE POUR LES ACCOMPAGNATEURS DES MALADES ET DES PROCHES | 399 |
| 1) Manifester un amour inconditionnel à un patient en fin de vie _____ | 400 |
| a) Le désir du patient au seuil de la mort _____ | 401 |
| b) Le savoir-être accompagnant du mourant : savoir donner et recevoir _____ | 404 |
| 2) La peur de l'accompagnateur lié à la mort de son patient _____ | 405 |
| a) Observer ses peurs avec courage et honnêteté _____ | 406 |
| b) Le professionnel affecté par le corps du patient _____ | 407 |
| c) Le mensonge du professionnel de santé _____ | 409 |
| d) La peur des blouses blanches _____ | 410 |
| B) LE TEMPS DRAMATIQUE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ | 414 |
| 1) Parole, silence et geste _____ | 415 |
| a) La perception du temps, l'attention et l'émotion du patient en atelier de théâtre _____ | 419 |
| b) Le détournement de l'attention par le temps _____ | 420 |
| 2) La communication entre artiste-soignant et patient _____ | 421 |
| a) La communication verbale et non verbale _____ | 422 |
| b) Le patient non-communicant _____ | 424 |
| c) Communiquer avec le patient par le toucher _____ | 428 |
| Conclusion du Chapitre II _____ | 428 |
| Conclusion du TITRE II _____ | 429 |
| CONCLUSION PARTIELLE PREMIÈRE PARTIE _____ | 430 |
| PARTIE II - | 433 |
| JOUER AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ COMME DANS UN GRAND THÉÂTRE | 433 |
| TITRE I / (ACTE I) - | 435 |
| DU THÉÂTRE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE ET EN ERGOTHÉRAPIE | 435 |
| CHAPITRE I / SCÈNE I - | 439 |
| L'ART THÉÂTRAL POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'UN PROBLÈME PSYCHOLOGIQUE | 439 |
| SECTION I - LE THÉÂTRE : PROJET THÉRAPEUTIQUE | 440 |
| PARAGRAPHE 1 - LES DIFFÉRENTS COURANTS D'ART-THÉRAPIE | 445 |
| A) LA THÉORIE DE L'ART-THÉRAPIE PSYCHANALYTIQUE ET SES DIFFÉRENTES FORMES | 448 |
| 1) Le théâtre ou l'art-thérapie en tant que processus éducatif _____ | 450 |
| a) Le courant du théâtre occupationnel _____ | 452 |
| b) Le rôle de l'éducateur dans le projet éducatif _____ | 453 |
| 2) La tragédie de la Grèce antique joue-t-elle un rôle dans l'évolution mental d'individu – d'acteur – du patient – ou – du spectateur-voyeur ? _____ | 454 |
| a) Le psychodrame – l'œdipe _____ | 455 |
| b) Le jeu dans le psychodrame d'Antigone _____ | 460 |
| B) LES ENJEUX POSSIBLES DE LA RENCONTRE ENTRE LE THÉÂTRE OU L'ACTION THÉÂTRALE ET L'ESPACE PSYCHIATRIQUE | 466 |
| 1) L'expérimentation de trois partenaires artistiques impliqués dans l'art-thérapie _____ | 469 |
| a) Théâtre de l'Arcane _____ | 469 |
| b) Locos por el teatro _____ | 470 |
| c) Les expériences de la Compagnie Acteurs de l'Ombre _____ | 471 |
| 2) Quelques observations psychiatriques _____ | 472 |
| a) Les observations de Nicolas Dauby et de François Monville _____ | 472 |
| b) Les paroles des participants aux ateliers _____ | 474 |

| | |
|---|------------|
| PARAGRAPHE 2 - LE PSYCHODRAME PSYCHANALYTIQUE | 477 |
| A) LE PSYCHODRAME INDIVIDUEL | 479 |
| 1) Le déroulement du psychodrame en atelier | 479 |
| a) La fonction psychodrame analytique | 482 |
| b) Le domaine d'intervention du psychodrame analytique individuel | 483 |
| 2) Le dispositif individuel | 485 |
| a) Les techniques du théâtre dans la psychanalyse psychodramatique | 486 |
| b) Les effets psychothérapeutiques du psychodrame analytique individuel | 487 |
| B) LE PSYCHODRAME DE GROUPE | 488 |
| 1) La proposition d'une séance de psychodrame psychanalytique de groupe | 489 |
| a) Le psychodrame psychanalytique de groupe dans un atelier de théâtre | 490 |
| b) Le déroulement de l'atelier | 491 |
| 2) Le psychodrame psychanalytique individuel en atelier de groupe | 492 |
| a) L'analyse de groupe. | 493 |
| b) Pourquoi le psychodrame dans le processus de soins du patient ? | 493 |
| SECTION II - ATELIER DE CRÉATION ARTISTIQUE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE | 494 |
| PARAGRAPHE 1 - L'ATELIER ARTISTIQUE ET THÉÂTRAL DU COMÉDIEN - ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ | 495 |
| A) LA CONDUITE ARTISTIQUE DE GÉRARD CREUX | 495 |
| 1) Le déroulement de la conduite artistique | 496 |
| a) Le travail éducatif dans l'art-thérapie | 497 |
| b) Le rôle et la limite de l'éducateur spécialisé | 497 |
| 2) L'atelier de dramathérapie : action symbolique, effets de la théâtralité et conséquences de ses produits | 498 |
| a) Action symbolique dans la dramathérapie : effets de la théâtralité | 499 |
| b) Les conséquences juridiques des œuvres produites dans l'atelier théâtral | 500 |
| B) LES ÉCHANGES THÉÂTRAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICOSOCIAUX | 505 |
| 1) L'approche culturelle et sociale | 506 |
| a) L'activité artistique et sociale dans les institutions médicosociales : la resocialisation | 507 |
| b) L'outil principal : l'art théâtral un outil artistique | 511 |
| 2) L'imaginaire aux ateliers du théâtre | 513 |
| a) Le rêve peut-il être une scène de théâtre ? | 514 |
| b) Le rêve et le théâtre selon Freud | 521 |
| PARAGRAPHE 2 - LA MARIONNETTE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE | 525 |
| A) LE RÔLE DE LA MARIONNETTE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ | 528 |
| 1) Les outils de la marionnette | 532 |
| a) Le masque de la marionnette | 534 |
| b) Que peut être l'artiste-marionnettiste dans le jeu du psychodrame ? | 536 |
| 2) Une analyse de l'atelier de marionnette | 538 |
| a) La confection de la marionnette ou une marionnette déjà construite | 543 |
| b) La pensée d'Aristote | 544 |
| B) QUELQUES ÉCHANGES ET EXPÉRIENCES ENTRE SPÉCIALISTES ET PATIENTS | 546 |
| 1) Partage d'expériences de Suzanne Moinard et Odette Boone | 548 |
| a) Ébauche du projet artistique et bilan de l'activité | 550 |
| b) Observations cliniques | 552 |
| 2) Tableau clinique : quelques échanges entre l'enfant et le marionnettiste | 555 |
| a) L'épanouissement de l'enfant en atelier de marionnettes | 556 |
| b) Le jeu dramatique : un développement psychique et physique de l'enfant | 557 |
| c) Les différentes interventions thérapeutiques de marionnettes dans le suivi de soin du patient | 559 |

| | |
|---|------------|
| d) La prise en charge de l'enfant _____ | 560 |
| Conclusion du Chapitre I _____ | 562 |
| CHAPITRE II / SCÈNE II – _____ | 563 |
| LA PRATIQUE DU THÉÂTRE CHEZ LE PROFESSIONNEL ERGOTHÉRAPEUTE _____ | 563 |
| SECTION I - LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DU THÉÂTRE | |
| ERGOTHÉRAPEUTIQUE _____ | 566 |
| PARAGRAPHE 1 - LES PATIENTS CIBLES DE L'ACTIVITÉ | |
| ERGOTHERAPEUTIQUE _____ | 568 |
| A) L'ANXIÉTÉ SOCIALE OU PHOBIE SOCIALE : TROUBLE DU SPECTRE DE LA | |
| SCHIZOPHRÉNIE _____ | 569 |
| 1) Une analyse des signes cliniques et quelques diagnostics possibles _____ | 570 |
| a) L'anxiété : l'éventuelle conséquence chez le souffrant de la schizophrénie _____ | 571 |
| b) La prise en charge du patient _____ | 572 |
| 2) L'atelier de théâtre du comédien ergothérapeute _____ | 573 |
| a) La scène : espace intermédiaire et de créativité _____ | 576 |
| b) La mise en œuvre de l'atelier _____ | 576 |
| B) LE THÉÂTRE POUR LES PERSONNES ÂGÉES _____ | 578 |
| 1) Les causes fréquentes des pathologies affectant l'âge avancé _____ | 578 |
| a) D'autres causes possibles pour une prise en charge _____ | 579 |
| b) Quelques conséquences possibles de troubles mentaux _____ | 579 |
| 2) Les facteurs d'orientations d'une prise en charge _____ | 580 |
| a) Signes de dépressions et de décompensations psychotiques _____ | 581 |
| b) Les signes de la démence _____ | 581 |
| 3) Existe-t-il une responsabilité administrative des hôpitaux pratiquant des soins psychodramatiques ? _____ | 582 |
| PARAGRAPHE 2 - LA THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE _____ | 583 |
| A) LES DIFFÉRENTES THÉORIES DE L'APPRENTISSAGE _____ | 584 |
| 1) Les différents conditionnements _____ | 584 |
| a) Le classique et l'opérant _____ | 585 |
| b) La méthode d'apprentissage par modèle _____ | 586 |
| 2) Le comportement inadapté _____ | 586 |
| a) Les différents types de ruptures _____ | 586 |
| b) Nécessité de conscience au contrôle de comportements _____ | 587 |
| B) LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE _____ | 587 |
| 1) Le contexte d'intervention du comédien ergothérapeute _____ | 588 |
| a) En soins lourds _____ | 589 |
| b) En réhabilitation en milieu hospitalier _____ | 589 |
| 2) Les axes d'intervention _____ | 589 |
| a) Niveau 1 (points 1 et 2) _____ | 590 |
| b) Niveau 2 (points 3, 4 et 5 complémentaire) _____ | 591 |
| SECTION II - LES APPROCHES THÉORIQUES ET LES MODALITÉS DE PRISE EN | |
| CHARGE DU PATIENT _____ | 592 |
| PARAGRAPHE 1 - LE PROGRAMME DU TRAITEMENT D'INTÉGRATION | |
| PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE (INTECRATED | |
| PSYCHOLOGICAL TREATEMENT) _____ | 592 |
| A) LE RÔLE DU PROGRAMME ITP (INTEGRATED PSYCHOLOGICAL | |
| TREATEMENT) DANS L'ENTRAÎNEMENT DES FONCTIONS COGNITIVES ET DES | |
| COMPÉTENCES SOCIALES EN ERGOTHÉRAPIE _____ | 593 |
| 1) L'utilisation du programme ITP ou IPT dans le parcours de soins en ergothérapie _____ | 595 |
| a) Phase de tri d'informations du dossier médical du patient _____ | 595 |
| b) Les différentes démarches de soins en ergothérapie _____ | 595 |

| | |
|---|------------|
| 2) Les modules de remédiations cognitives et d'entraînements de compétences sociales _____ | 597 |
| a) Le module des méthodes de remédiation cognitive _____ | 597 |
| b) Les modules fondés sur des méthodes d'entraînement de compétences sociales _____ | 598 |
| B] THÉORIES D'APPRENTISSAGE EN ERGOTHÉRAPIE _____ | 599 |
| 1) Le concept d'autonomie et le concept d'indépendance _____ | 599 |
| a) De l'autonomie et de la dépendance en atelier dramatique – ergothérapeutique _____ | 599 |
| b) De la dépendance et de l'indépendance en atelier théâtral – ergothérapeutique _____ | 601 |
| 2) Le choix de méthode appliquée _____ | 602 |
| a) La population cible de l'enquête _____ | 602 |
| b) Le déroulement des enquêtes ou des entretiens _____ | 603 |
| PARAGRAPHE 2 - LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT _____ | 603 |
| A] QUEL EST LE RÔLE DE LA PLANIFICATION DU TRAITEMENT DU PATIENT ? _____ | 603 |
| 1) Le thérapeute et son groupe de travail _____ | 604 |
| a) Le travail du comédien ergothérapeute _____ | 604 |
| b) Une évaluation de la prise en charge _____ | 606 |
| 2) Les expérimentations de Micheline et la conclusion du contrat d'activité thérapeutiques _____ | 607 |
| a) Tableaux 2 et 3 _____ | 607 |
| b) Le contrat thérapeutique _____ | 609 |
| B] LE DOSSIER DU PATIENT EN SOINS ERGOTHÉRAPEUTIQUES _____ | 610 |
| 1) La réglementation _____ | 611 |
| a) La définition du dossier médical en ergothérapie _____ | 613 |
| b) Objectifs envisagés du dossier du patient en soins d'ergothérapie _____ | 614 |
| 2) L'évolution du dossier du patient en ergothérapie _____ | 614 |
| Conclusion du Chapitre II _____ | 615 |
| Conclusion du TITRE I _____ | 616 |
| TITRE II / (ACTE II) - _____ | 617 |
| LE THÉÂTRE COMME PROJET DE SOCIALISATION DU PATIENT _____ | 617 |
| CHAPITRE I / SCÈNE I – _____ | 619 |
| JEU DE RÔLE : CRÉATION ET DÉVELOPPEMENT _____ | 619 |
| SECTION I - LES DÉFINITIONS POSSIBLES DU MOT JEU ET SES TERMES ATTACHÉS _____ | 620 |
| PARAGRAPHE 1 - LE JEU SOURCE DE CULTURE ET DE SOCIÉTÉ _____ | 622 |
| A] LE JEU ET LA LOI OU LA LOI ET LE JEU ? _____ | 623 |
| 1) Le jeu dans la culture _____ | 625 |
| a) Le jeu et la religion _____ | 626 |
| b) Le jeu et l'art _____ | 626 |
| B] QUE REPRÉSENTE LE JEU CHEZ L'ENFANT ? _____ | 627 |
| 1) Le jeu joue-t-il un rôle dans la psychologie de l'enfant ? _____ | 628 |
| a) L'étude de Donald Woods Winnicott sur la psychologie de l'enfant _____ | 629 |
| b) L'espace de la transition de l'enfant _____ | 631 |
| 2) Le jeu de miroir : le rôle de la mère _____ | 632 |
| a) Le <i>holding</i> _____ | 633 |
| b) Le <i>handling</i> _____ | 633 |
| PARAGRAPHE 2 - PROBLÈME D'ÉCRITURE OU DE PRÉCISION ENTRE JEU DE RÔLE ET JEU DE RÔLES _____ | 633 |
| A] QUELQUES RÉFLEXIONS À CETTE PROBLÉMATIQUE _____ | 634 |
| 1) Choix d'écriture _____ | 634 |
| a) Rôle ou rôles _____ | 635 |
| b) Un rappel historique du jeu de rôles avec le théâtre _____ | 636 |
| 2) Le jeu de rôles comme moyen de progression et d'organisation _____ | 637 |

| | |
|--|------------|
| a) La relation entre médecin et patient dans le jeu de rôles _____ | 639 |
| b) La place de la législation dans la formation pratique de la relation médecin-patient _____ | 640 |
| <i>B) LE JEU DE RÔLES DANS SES LARGES DIMENSIONS</i> _____ | 642 |
| 1) La valeur de l'improvisation dans l'exercice du jeu de rôles _____ | 644 |
| a) Le déroulement de l'exercice _____ | 646 |
| b) Le choix de la création et de l'orientation du maître du jeu _____ | 646 |
| 2) Comment le patient peut-il participer à l'improvisation ? _____ | 647 |
| a) L'improvisation inachevée à la fin de l'exercice _____ | 648 |
| b) La distribution des rôles dans le jeu _____ | 648 |
| <i>SECTION II - LE JEU DE RÔLES : UN SYSTÈME D'APPRENTISSAGE</i> _____ | 649 |
| <i>PARAGRAPHE 1 - LE JEU DE RÔLES COMME OUTIL PÉDAGOGIQUE CHEZ LE PROFESSIONNEL MAÎTRE DU JEU</i> _____ | 650 |
| <i>A) LA RÉPÉTITION OU L'ENTRAÎNEMENT AU JEU DE RÔLES</i> _____ | 651 |
| 1) La maîtrise du personnage et de l'adaptation _____ | 653 |
| a) La performance personnelle ou la quête et le dépassement de soi-même _____ | 653 |
| b) Les orientations du maître du jeu _____ | 654 |
| 2) Les apports du jeu dans la société _____ | 655 |
| a) Le jeu de théâtre comme moyen de prévention et/ou d'outil d'interventions à la résolution des conflits sociaux _____ | 657 |
| b) Le jeu de rôles : un moyen de réadaptation, de rééducation sociale et de réorganisation sociale _____ | 658 |
| <i>B) QUELQUES OUTILS DU JEU DE RÔLES POUR LE DÉVELOPPEMENT DU PATIENT</i> _____ | 659 |
| 1) Quelques outils pédagogiques du jeu de rôles _____ | 662 |
| a) L'organisation : comité pédagogique et/ou scientifique _____ | 665 |
| b) La Charte de déontologie _____ | 666 |
| 2) Les intentions pédagogiques de la pratique de simulation dans les établissements de santé _____ | 667 |
| a) La gestion des ressources humaines et de managements de qualité _____ | 668 |
| b) Exemple de jeu de rôles _____ | 669 |
| <i>PARAGRAPHE 2 - LES DIFFÉRENTES APPARENCES DU JEU DE RÔLES</i> _____ | 669 |
| <i>A) LES BRANCHES DE FORMATION</i> _____ | 671 |
| 1) La formation théorique et formation pratique _____ | 672 |
| a) La formation théorique _____ | 673 |
| b) La formation pratique _____ | 674 |
| 2) La valeur escomptée dans la séance de jeu de rôles _____ | 675 |
| a) L'émergence de la discussion _____ | 676 |
| b) Résultats du jeu de rôles _____ | 679 |
| <i>B) LE MATÉRIEL ET LES MÉTHODES APPLIQUÉES</i> _____ | 683 |
| 1) La recherche quantitative _____ | 684 |
| a) Le choix de méthodes de recherche quantitative _____ | 687 |
| b) Est-il possible de dire que l'analyse quantitative repose sur une fausse analyse ou sur une fausse causalité ? _____ | 688 |
| 2) Peut-on parler de genre textuel dans l'improvisation ? _____ | 690 |
| a) L'improvisation du patient développe ses capacités orales et écrites _____ | 691 |
| b) Est-il possible d'improviser pour enseigner à travers le jeu de rôles ? _____ | 694 |
| Conclusion du Chapitre I _____ | 696 |
| <i>CHAPITRE II /SCÈNE II –</i> _____ | 697 |
| <i>LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ THÉÂTRALE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</i> _____ | 697 |
| <i>SECTION I - LE PROGRAMME ET LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ THÉÂTRALE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ</i> _____ | 698 |
| <i>PARAGRAPHE 1 - LA DÉMARCHE DE LA RÉALISATION</i> _____ | 700 |

| | |
|--|------------|
| AJ LE THÉÂTRE OU THÉÂTROTHÉRAPIE | 700 |
| 1) L'activité des coulisses | 701 |
| a) Les instruments du théâtre comme dans les grandes représentations | 702 |
| b) Schéma représentatif de l'espace théâtral | 702 |
| 2) Le travail des acteurs en coulisse | 703 |
| a) Travailler la voix | 703 |
| b) Travail du corps | 705 |
| BJ LE THÉÂTRE À L'HÔPITAL DEMANDE-T-IL UN DÉCOR SPÉCIFIQUE ? | 707 |
| 1) Les éléments indispensables | 708 |
| a) Le fond de la scène théâtrale | 708 |
| b) Une présentation du lieu de la représentation | 709 |
| 2) La présentation de la scène du spectacle | 709 |
| a) La mnémotechnique | 710 |
| b) Les dimensions de la scène | 710 |
| PARAGRAPHE 2 - LA RÉPÉTITION | 711 |
| AJ LES PRÉLIMINAIRES DE LA REPRÉSENTATION | 711 |
| 1) La composition d'intragroupes au sein de l'établissement de santé | 712 |
| a) Les professionnels de santé et les ergothérapeutes | 714 |
| b) Le rôle ou la qualité du patient dans l'intragroupe | 715 |
| 2) La composition d'extragroupe de l'établissement de santé | 715 |
| a) Des patients non hospitalisés au sein de l'établissement de santé | 718 |
| b) Le public | 719 |
| BJ LA GESTION DE LA MÉDIATION THÉÂTRALE | 720 |
| 1) Le cadre de travail pendant les répétitions | 721 |
| a) Le rééducateur ou le maître du jeu | 723 |
| b) L'attitude du comédien-rééducateur dans le jeu de théâtre lors de la verbalisation | 723 |
| 2) La médiation : support de travail | 724 |
| a) La médiation théâtrale comme moyen de travail rééducatif de groupe | 725 |
| b) La fiction dans la médiation théâtrale | 726 |
| SECTION II - LES GRANDS MOMENTS DE LA SÉANCE DE FORMATION | 728 |
| PARAGRAPHE 1 - LE MOMENT DE LA REPRÉSENTATION DU THÉÂTRE THÉRAPEUTIQUE | 729 |
| AJ LA REPRÉSENTATION DU SPECTACLE | 730 |
| 1) Le tableau marquant la différence entre spectacle professionnel et spectacle amateur | 731 |
| a) Existe-t-il une possibilité d'exercer une activité de spectacle vivant sans une licence ? | 731 |
| b) Le spectacle amateur | 732 |
| 2) La mise en scène | 733 |
| a) Un atelier de maquillage à l'hôpital | 734 |
| b) Le maquillage artistique dans la représentation du spectacle | 734 |
| BJ UNE THÉRAPIE ENVISAGÉE PAR LA REPRÉSENTATION DU SPECTACLE | 736 |
| 1) La planification du traitement envisagé dans la représentation du spectacle | 737 |
| a) La décontamination : application des techniques thérapeutiques et du traitement envisagé | 738 |
| b) Le choix du comédien de passer à la reprogrammation du patient | 739 |
| 2) Les effets de la mise en scène | 740 |
| a) Que se passe-t-il dans la salle de spectacle avant la représentation du scénario ? | 741 |
| b) Que se passe-t-il après la représentation du scénario ? | 743 |
| PARAGRAPHE 2 - OBSERVATIONS | 744 |
| AJ LES ATTENTES DU MÉTISSAGE DE CES DEUX CULTURES | 746 |
| 1) La valeur escomptée | 748 |
| a) Les attentes des participants face à la pratique théâtrale des ateliers théâtraux et artistiques au sein des hôpitaux | 749 |
| b) Les apports donnés par la pratique théâtrale au sein des établissements de santé | 750 |

| | |
|--|------------|
| 2) Un autre angle d'observations _____ | 753 |
| a) Le rétablissement du patient _____ | 754 |
| b) Existe-t-il un contrat dans cette activité ? _____ | 755 |
| <i>BJ UN DÉGAGEMENT DES HYPOTHÈSES FINALES DES ATELIERS THÉÂTRE</i> _____ | 756 |
| 1) Les domaines concernés par les critiques _____ | 757 |
| a) Premier volet de critiques : art-thérapie et ergothérapie _____ | 757 |
| b) Deuxième volet de critiques : art-thérapie et théâtrothérapie _____ | 759 |
| 2) Suggestions _____ | 762 |
| a) Observation médicosociale _____ | 763 |
| b) Le régime applicable _____ | 764 |
| Conclusion du Chapitre II _____ | 767 |
| Conclusion du TITRE II _____ | 768 |
| <i>CONCLUSION PARTIELLE DEUXIÈME PARTIE</i> _____ | 768 |
| <i>CONCLUSION GÉNÉRALE</i> _____ | 771 |
| <i>LE BAISSER DE RIDEAU</i> _____ | 785 |
| <i>ANNEXES</i> _____ | 787 |
| <i>ANNEXE NUMERO 1 : DISCOURS DES MINISTRES</i> _____ | 787 |
| <i>ANNEXE NUMERO 2 : SERMENT D'HIPPOCRATE</i> _____ | 795 |
| <i>ANNEXE NUMERO 3 : CONVENTION DE 1999</i> _____ | 797 |
| <i>ANNEXE NUMERO 4 : PIÈCE DE THÉÂTRE S'INSPIRANT DES FABLES DE LA FONTAINE</i> _____ | 805 |
| <i>ANNEXE NUMERO 5 : CODE DE NUREMBERG, DECEMBRE 1946 - AOUT 1947.</i> _____ | 807 |
| <i>ANNEXE NUMERO 6 : QUESTIONNAIRE</i> _____ | 809 |
| <i>ANNEXE NUMERO 7 : LISTE DES TROUBLES POSSIBLES</i> _____ | 811 |
| <i>ANNEXE NUMERO 8 : JEU DE 6 ET 9</i> _____ | 813 |
| <i>ANNEXE NUMERO 9 : CHARTE DE DEONTOLOGIE</i> _____ | 815 |
| <i>ANNEXE NUMERO 10 : CONTENU DE LA FORMATION</i> _____ | 817 |
| <i>ANNEXE NUMERO 11 : CRITERES D'EVALUATIONS</i> _____ | 821 |
| <i>BIBLIOGRAPHIE</i> _____ | 823 |
| <i>OUVRAGES GÉNÉRAUX</i> _____ | 823 |
| <i>MONOGRAPHIES ET THÈSES</i> _____ | 826 |
| <i>ARTICLES ET REVUES</i> _____ | 830 |
| <i>NOTES SOUS ARRÊTS</i> _____ | 834 |
| <i>LES TEXTES DE LOIS</i> _____ | 835 |
| <i>CONSTITUTIONS ET CODES</i> _____ | 836 |
| <i>TRAITÉS ET CONVENTIONS</i> _____ | 837 |
| <i>DÉCLARATIONS ET DÉCISIONS</i> _____ | 838 |
| <i>RÈGLEMENTS</i> _____ | 838 |
| <i>CIRCULAIRES ET DIRECTIVES</i> _____ | 839 |
| <i>DISCOURS</i> _____ | 841 |
| <i>COURS DE DROIT</i> _____ | 841 |