



HAL
open science

Les pratiques théâtrales dans les structures de soins psychiatriques : genèse, développement et état des lieux en France

Vincent Clavel

► **To cite this version:**

Vincent Clavel. Les pratiques théâtrales dans les structures de soins psychiatriques : genèse, développement et état des lieux en France. Sociologie. Université de Nanterre - Paris X, 2021. Français. NNT : 2021PA100119 . tel-03649542

HAL Id: tel-03649542

<https://theses.hal.science/tel-03649542>

Submitted on 22 Apr 2022

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

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

Membre de l'université Paris Lumières
École doctorale 396 : Économie, organisation, société
Laboratoire Sophiapol

Vincent Clavel

Les pratiques théâtrales dans les structures de soins psychiatriques

Genèse, développement et état des lieux en France

Thèse présentée et soutenue publiquement le 22/11/2021
en vue de l'obtention du doctorat de **Sociologie** de l'Université Paris Nanterre
sous la direction de M. Gabriel Segré (Université Paris Nanterre)
et de M. Jérôme Dubois (codirecteur Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis)

Jury :

Président du jury :	M. Philippe Combessie	Professeur des Universités en sociologie, Université Paris Lumières
Rapporteuse :	Mme. Monique Martinez Thomas	Professeure des Universités en études hispaniques, Université Toulouse 2
Rapporteur :	M. Thomas Perrin	Maître de conférences, HDR en aménagement de l'espace, urbanisme, Université de Lille
Membre du jury :	Mme. Chloé Langeard	Maîtresse de conférences en sociologie, Université d'Angers
Membre du jury :	Mme. Sara Le Menestrel	Directrice de recherches au CNRS, UMR 8168

Remerciements

A mes codirecteurs, Mr Jérôme Dubois et Mr Gabriel Segré. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre sympathie, votre exigence et votre regard toujours bienveillant. Sans vous, cette recherche n'aurait pas abouti et je vous dois beaucoup.

Aux patients et personnels de la clinique des Saules. Durant les trois années partagées, nous avons travaillé ensemble toujours dans la bonne humeur. Au collectif Artypique, à UGOP/Compagnie Barbès, à Paule Anton et Daniel Halm. Par vos conseils artistiques et vos engagements, vous êtes à l'origine de cette étude.

Aux artistes, intervenants, dramathérapeutes, soignants, personnels des établissements de soins et des structures culturelles rencontrés au cours de cette recherche et qui ont accepté de me conter leurs aventures.

A Christine Douxami, Jean Michel Bessette, Bruno Boussagol et Philippe Combessie qui ont cru dès le départ à l'intérêt de cette recherche.

A mes collègues de l'Université de Clermont Auvergne et plus spécifiquement aux sociologues du Lescores pour leurs conseils, leurs encouragements et leur gentillesse, en particulier à Christophe Gobbé, Marianne Woollven, Monika Wator, Agnès Roche et Emmanuelle Zolesio. Aux étudiants du M1 DASS option sociologie pour leur aide précieuse. Aux membres du Sophiapol et des comités de suivi de thèse pour les critiques constructives sur mon travail. Aux doctorants rencontrés au fil des années et plus spécialement Marion Arnaud et Jean-Marie Chevallier.

Aux personnels administratifs des universités de Paris 10 et Paris 8 et plus spécialement à Mme Tripet.

Aux personnels de l'Institut de l'Engagement et aux bénévoles de l'association Escale Ethique.

A ma famille, à Françoise, Marion, Stéphane et Brigitte pour le temps passé à la relecture.

A Pauline, Gabin et Salomé.

Résumé

La pratique théâtrale dans les services de soins des maladies mentales est documentée à partir du début du XIX^{ème} siècle. Une histoire sociale de l'activité théâtre en psychiatrie peut être retracée dès lors. Elle permet de comprendre les liens qui existent entre pratique théâtrale et prise en charge des patients atteints de troubles psychiques. Aujourd'hui, les ateliers ou instants de pratiques, qui regroupent les patients, les soignants et les intervenants extérieurs, se structurent autour de techniques et de traditions multiples. C'est un art aux multiples facettes qui se décline en ateliers à vocations thérapeutiques, occupationnelles et/ou artistiques.

Le développement de ces activités théâtrales, en psychiatrie, est révélateur d'une évolution du regard porté sur les malades, dans leurs considérations, dans l'importance de l'environnement dans lequel ils évoluent, et dans leurs potentialités. Parallèlement à ce changement de statut du patient, en particulier dans la prise en compte de sa citoyenneté culturelle, l'activité théâtrale, lorsqu'elle a lieu dans les structures psychiatriques, peut s'envisager souvent comme une thérapie. De nombreux soignants et comédiens se sont ainsi spécialisés dans ce que l'on appelle la dramathérapie, la médiation thérapeutique ou le psychodrame. La pratique théâtrale se trouve ici à la croisée de plusieurs disciplines (psychologie, ergothérapie, psychiatrie, sociologie et études théâtrales) et marque une autre évolution de la prise en charge des malades en établissement de soins des maladies mentales, celle de la pluridisciplinarité.

Ce secteur d'activité, en plein essor, se professionnalise. Ma recherche se focalise alors sur la constitution d'une typologie des acteurs, l'étude de leurs relations et la description des statuts professionnels. Elle combine des méthodes quantitatives (questionnaires, recueil de données, statistiques) et qualitatives (observations directes, entretiens, participation observante de trois années). J'espère ainsi approcher les multiples conceptions de la pratique du théâtre en unités psychiatriques. Cette recherche vise finalement à montrer en quoi l'action théâtrale, en ces lieux, peut être révélatrice d'évolutions des pratiques soignantes et de l'accompagnement médico-social dans la considération de l'environnement socio-culturel des patients.

Mots clés : Théâtre, santé mentale, thérapie, politique culturelle, professions

Abstract

Theatrical practice in mental illness' care services is documented from the beginning of the 19th century. A social history of theatre activity in psychiatry can be traced since then. It helps to understand the links between theatrical practice and handling of patients with mental disorders. These days, the group activities or practice times, which bring the patients, the nursing staff and the participants from the outside together, are built around multiple techniques and traditions. This is a multifaceted art declined in group activities with therapeutic, occupational and/or artistic vocations.

The development of these theatrical activities, in psychiatry, is indicative of a change in the way the patients are viewed, in their considerations, in the importance of the environment in which they evolve, and their potential. Along with this change of the patient's status, especially in the consideration of his cultural citizenship, theatrical activity, when it takes place in psychiatric structures, may often be considered as a therapy. A lot of nursing staff and actors have specialized in what is called drama therapy, therapeutic mediation or psychodrama. Theatrical practice is here at the crossroads of several disciplines (psychology, ergotherapy, psychiatry, sociology and theatrical studies) and marks another evolution in the management of patients in mental health care facilities, the one of multidisciplinary.

This booming industry is becoming more professional. Then, my research is focused on the construction of an actors' typology, the study of their relationships and the description of the professional status. It combines quantitative methods (questionnaires, collection of data, statistics) and qualitative (direct observations, interviews, a three-year observing participation). Thus, I hope to approach the multiple conceptions of theatrical practice in psychiatric units. Finally, this research aims to show how theatrical action in these places can be indicative of changes in health care practices and medical-social support in the consideration of the patients' socio-cultural environment.

Keywords: theater, mental health, therapy, cultural policy, professions

Table des matières

INTRODUCTION.....	15
PREMIERE PARTIE : LES FONDATIONS DE LA RECHERCHE	25
CHAPITRE 1 : LE THEATRE ET LE SOIN DES MALADIES MENTALES, UNE HISTOIRE LONGUE ET FRUCTUEUSE	27
L'EPOQUE ANTIQUE	31
<i>Aristote et la catharsis.....</i>	<i>34</i>
<i>Hippocrate de Cos et la théorie des humeurs.....</i>	<i>36</i>
<i>Evolution des concepts, la transition vers Galien et la théorie de régulation des fluides</i>	<i>39</i>
L'EPOQUE MEDIEVALE	43
DE LA PERIODE MODERNE JUSQU'AU MARQUIS DE SADE	49
<i>La renaissance et la révolution des Lumières</i>	<i>49</i>
<i>L'invention de la psychiatrie</i>	<i>53</i>
<i>Une expérience novatrice : Les représentations théâtrales de Charenton.....</i>	<i>54</i>
THEATRE ET PSYCHIATRIE AU XIXEME.....	59
LES EVOLUTIONS AU XXEME SIECLE	63
<i>La révolution Freudienne</i>	<i>63</i>
<i>Antonin Artaud ou les débuts de l'anti-psychiatrie</i>	<i>64</i>
<i>Les influences des formations de l'acteur</i>	<i>66</i>
<i>De la psychanalyse aux thérapeutiques biologiques</i>	<i>67</i>
LA DIVERSIFICATION DES ATELIERS THEATRE AU XXEME ET AU XXIEME SIECLE	71
<i>L'utilisation thérapeutique</i>	<i>71</i>
<i>La création artistique et le théâtre appliqué</i>	<i>78</i>
CHAPITRE 2 : ETAT DE L'ART	81
THEATRE ET SANTE MENTALE	83
<i>Travaux en sociologie.....</i>	<i>83</i>
<i>Travaux en arts du spectacle, témoignages de comédiens</i>	<i>86</i>
<i>Psychiatrie, psychanalyse, psychologie et dramathérapie</i>	<i>89</i>
ETUDIER L'ACTIVITE THEATRALE	95
<i>Corporalité et environnement.....</i>	<i>95</i>
<i>Le théâtre appliqué.....</i>	<i>100</i>
<i>La réception.....</i>	<i>103</i>
L'UNIVERS PARTICULIER DE LA PSYCHIATRIE	107
<i>Inclusion sociale et activité artistique</i>	<i>107</i>

<i>Liaisons entre les politiques culturelles et les politiques de santé mentale</i>	109
<i>Organisation de la psychiatrie</i>	111
REGARD SOCIOLOGIQUE SUR LES PROFESSIONS.....	115
<i>Caractéristiques</i>	115
<i>Conventions et coopérations</i>	118
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE	119
OBSERVATIONS.....	121
<i>Une participation observante de trois années</i>	121
<i>Des observations directes</i>	125
ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	127
<i>Objectifs et enjeux</i>	127
<i>Population d'étude</i>	129
<i>Conditions de tenue des entretiens</i>	131
ENQUETE STATISTIQUE	133
<i>Données quantitatives en Ile-de-France</i>	135
<i>Données quantitatives en France</i>	137
LECTURES, ARCHIVES ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS	139
METHODE D'ANALYSE DE LA PRATIQUE PERFORMATIVE	141
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	143
DEUXIEME PARTIE : L'ACTIVITE THEATRALE AUJOURD'HUI. ETAT DES LIEUX. ..	147
CHAPITRE 4 : LA PRISE EN COMPTE DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES, L'EXEMPLE DE L'ACTIVITE THEATRALE	149
L'ART DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE	153
<i>Intérêt pour la production artistique des patients</i>	153
<i>Thérapie occupationnelle et art thérapie</i>	155
<i>La politique culturelle contemporaine</i>	157
PARTICULARITE DU THEATRE EN PSYCHIATRIE	163
<i>La pratique théâtrale est-elle liée à un courant psychiatrique ?</i>	163
<i>Une distinction nécessaire entre pratiques</i>	168
LEGITIMATION DE L'INSCRIPTION DES ACTIVITES THEATRALES EN PSYCHIATRIE.....	173
<i>Les bienfaits de l'art dramatique</i>	173
<i>« Quel sens est-ce que cela a de faire du théâtre en psychiatrie ? »</i>	177
CHAPITRE 5 : TYPOLOGIE ET CARTOGRAPHIE DES ATELIERS THEATRE EN SERVICE DE PSYCHIATRIE ENTRE 2014 ET 2019	181
UNE REPARTITION REGIONALE DISPARATE.....	187
<i>Région Ile-de-France : un niveau élevé de détails dans les données</i>	187

<i>Territoire national : des données plus partielles</i>	193
LE THEATRE EN PSYCHIATRIE	207
<i>Types d'établissements</i>	207
<i>Cartographie des ateliers théâtre en psychiatrie de 2014 à 2019</i>	214
<i>Types de projets</i>	217
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE	219
TROISIEME PARTIE : LES ACTEURS	223
CHAPITRE 6 : LE RESPONSABLE DE L'ATELIER	225
ORIGINES PROFESSIONNELLES.....	231
<i>Des itinéraires liés à l'objectifs de l'atelier</i>	231
<i>Des formations plurielles amènent à animer un atelier</i>	233
<i>Professionnalisation et reconnaissance diverses selon le type d'ateliers</i>	242
LE PROFIL DE L'INTERVENANT INFLUE SUR L'EMERGENCE DU PROJET	247
<i>Intervenant ayant une formation médicale ou paramédicale</i>	248
<i>Intervenant ayant une ou plusieurs connaissances dans le champ de la psychiatrie</i>	250
<i>Intervenant pratiquant le théâtre à vocation sociale</i>	253
CONTRACTUALISATION ET REMUNERATION	257
<i>Statut professionnel</i>	259
<i>Rémunération</i>	262
AMBITIONS DES INTERVENANTS : CREATION ARTISTIQUE, ANIMATION OU THERAPIE.....	267
CHAPITRE 7 : SOIGNANTS, INTERMEDIAIRES ET INSTITUTIONS.	271
LES SOIGNANTS. DE L'ELABORATION A LA TENUE DE L'ACTIVITE.	277
<i>Le psychiatre</i>	277
<i>Infirmiers, psychologues, éducateurs, psychomotriciens et autres paramédicaux (orthophonistes, ergothérapeutes, ...)</i> ?	285
LES INTERMEDIAIRES. LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET LA MEDIATION CULTURELLE.....	293
<i>Personnels administratifs des structures de soins et des structures culturelles</i>	294
<i>DRAC, ARS et médiateurs culturels du programme Culture et Santé</i>	299
LES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES	307
<i>Objectifs de l'atelier pour l'institution</i>	307
<i>Coût financier moyen pour un atelier</i>	310
CHAPITRE 8 : LE PATIENT.	315
COMMENT LE PATIENT EST-IL PRIS EN COMPTE DURANT L'ELABORATION DU PROJET ?	319
<i>Le parcours de soins en psychiatrie publique</i>	319
<i>Comment le patient arrive dans un atelier ?</i>	320
<i>La sélection des patients</i>	322

QUELS TYPES DE MALADIES PSYCHIQUES PREDISPOSENT A ETRE INSCRITS DANS UN ATELIER ?.....	327
<i>Une typologie délicate</i>	327
<i>Les pathologies concernées par les ateliers théâtre</i>	329
<i>Pratique et temporalité</i>	330
<i>Du type de pathologie à l'indication</i>	331
REGARDS DES PATIENTS SUR LES ATELIERS	333
<i>Objectifs du participant</i>	333
<i>Liberté, directivité, et créativité</i>	337
CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE	343
QUATRIEME PARTIE : LA PRATIQUE.....	345
CHAPITRE 9 : DEROULEMENT D'UN ATELIER.....	347
LES DIFFERENTES ETAPES DE L'ORGANISATION D'UN ATELIER	349
<i>Elaboration du projet</i>	349
<i>Des démarches au long cours</i>	358
<i>Phase de restitution</i>	366
DES ADAPTATIONS NECESSAIRES	373
<i>Le corps et ses handicaps</i>	373
<i>Un cadre strict et des règles claires</i>	376
<i>De la bienveillance et du lien</i>	380
DES FINALITES HETEROGENES.....	385
<i>Des outils pour l'affirmation et l'estime de soi</i>	385
<i>Un acte créatif</i>	387
<i>Une aventure collective</i>	390
CHAPITRE 10 : L'EVALUATION DE L'ACTIVITE THEATRALE EN PSYCHIATRIE.	393
L'EVALUATION EN PRATIQUE.....	397
<i>Evaluation et qualité des soins</i>	397
<i>Evaluation et domaine culturel</i>	398
<i>Evaluation et compréhension des processus psychiques</i>	400
<i>Evaluation et recherche d'efficacité</i>	403
UNE EVALUATION DE TERRAIN PRAGMATIQUE.....	407
RESULTAT DES EVALUATIONS EN FONCTION DES PRATIQUES	409
<i>Théâtre</i>	409
<i>Dramathérapie</i>	413
<i>Psychodrame</i>	414
CONCLUSION DE LA QUATRIEME PARTIE.....	417

CONCLUSION GENERALE	419
BIBLIOGRAPHIE.....	427
TABLE DES SIGLES.....	443
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	445
ANNEXE 1 : PERSONNES INTERROGÉES	447
ANNEXE 2 : GUIDES D'ENTRETIENS	453
LES ENTRETIENS AVEC LES INTERVENANTS ET ARTISTES	453
LES ENTRETIENS AVEC LES SOIGNANTS ET LES PERSONNELS ADMINISTRATIFS	454
LES ENTRETIENS AVEC LES PATIENTS	455
ANNEXE 3 : ENREGISTREMENTS DES ENTRETIENS.....	457
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE.....	459

Introduction

Une politique culturelle ambitieuse face à des pratiques plurielles

Dans le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, repris dans la Constitution du 4 octobre 1958, la Nation française garantit l'égal accès à la culture pour l'ensemble des citoyens. Les pratiques culturelles sont ainsi facilitées dans les établissements de soins en santé mentale. Des publics dits « empêchés » sont accompagnés pour pouvoir assister à des spectacles et s'adonner à une pratique artistique au sein des institutions qui les accueillent. Dans cette optique, différents acteurs, soignants, artistes, personnels administratifs et patients s'impliquent dans cette volonté d'égalité d'accès face à la culture. Ils ont chacun leur place et s'organisent pour combler ce possible manque d'art en milieu de soins. Le Ministère de la Culture a signé en 1999 un protocole interministériel avec le Ministère de la Santé, encourageant par le réseau des Directions Régionales des Affaires Culturelles (DRAC) des actions au sein des établissements hospitaliers, des conventions avec ceux de la culture (Centres Dramatiques Nationaux, Scènes Nationales, théâtres municipaux, etc.), s'appuyant sur le réseau-CHU des 32 Centres Hospitaliers régionaux et Universitaires et sur les Agences Régionales de Santé (ARS), partenaire essentiel pour les établissements souhaitant accueillir des ateliers en leur sein.

Un guide du CNT¹ regroupe des recommandations pour la mise en œuvre de telles activités. Des actions existaient auparavant, avant même 1946, mais elles étaient moins nombreuses et isolées non coordonnées (du moins encouragées) au niveau de l'Etat. Cette institutionnalisation de la culture à l'hôpital par la loi a permis de débloquent des moyens financiers, de motiver les acteurs et de multiplier ces actions. Les textes juridiques, toujours plus nombreux, cadrant ce type d'activité, orientent les applications et les volontés des différentes parties prenantes. La Convention Culture à l'Hôpital du 4 mai 1999, reprise le 6 mai 2010 sous le terme Culture et Santé, est aujourd'hui à la base du développement d'une politique culturelle au sein des établissements de soins. On retrouve également des éléments de cadrage dans la déclaration des droits culturels de Fribourg de 2007 et dans de multiples conventions entre les DRAC et les ARS à l'échelon régional (Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France...).

La pratique du théâtre en psychiatrie peut également être utilisée dans des buts thérapeutiques et occupationnels. Avec le psychodrame, la dramathérapie, la théâtrothérapie, le jeu scénique et le théâtre appliqué, les professionnels du soin et de la culture trouvent des terrains de jeu proches dans les pratiques, pour autant distincts dans les ambitions. Une typologie claire entre ces différents ateliers n'était pas encore totalement établie. Aujourd'hui, on dénombre une dizaine de statuts professionnels différents qui offrent la possibilité aux intervenants de proposer des ateliers où l'on pratique le théâtre dans l'institution psychiatrique. Les rôles sont évidemment pluriels entre un infirmier qui dans un CATTP (Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel) propose une activité théâtre, un dramathérapeute employé dans un centre de jour d'une clinique privée, un comédien professionnel intervenant dans le cadre du dispositif Culture et Santé, un animateur socio-culturel constituant un groupe d'activité autour de jeux théâtraux dans un HDJ (Hôpital de Jour), un comédien amateur intervenant associatif dans un GEM (Groupement d'Entraide Mutuelle), un psychologue organisant un atelier de psychodrame, un comédien militant proposant du théâtre forum ou un pédopsychiatre proposant une psychothérapie autour du jeu théâtralisé.

Alors que le temps entre deux séjours dans les établissements de soins de santé mentale diminue pour un même patient, que les temps longs d'hospitalisation stagnent² et que la

¹ CENTRE NATIONAL DU THEATRE, *Guide de l'action théâtrale Itinéraires de la sensibilisation*, CNT, Paris, 1999, 241 p. A noter que le CNT est devenu en 2016 ARTCENA, depuis son alliance avec l'association Hors les Murs, afin de créer un Centre National qui concerne les arts du théâtre, du cirque et de la rue.

² BOURDAIS Julien, « Les temps longs de l'hospitalisation. Enquête ethnographique dans un établissement privé de psychiatrie », in *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 22 juin 2016, p. 157-178.

politique de santé mentale cherche à lutter contre les discriminations faites aux patients³, l'interrogation des protocoles d'actions artistiques et thérapeutiques permettant la tenue d'ateliers théâtre semble nécessaire pour comprendre comment s'inscrivent les activités théâtrales dans les établissements de soins en santé mentale. Ce type de pratique est de plus en plus sollicité par les patients dans leurs prises en charges médicales. Les usages de l'art théâtral à l'hôpital ont déjà été décrits, en particulier l'art thérapie⁴ et le théâtre⁵. Il s'agit ici d'aller plus loin en analysant les pratiques dans un contexte socio-historique particulier, celui de la prise en charge des patients en service de psychiatrie en ce début de XXIème siècle. La fonction de l'art se doit d'être questionnée dans le cadre de formes participantes en termes d'ambitions et de coutumes.

Histoire des liens théâtre / santé mentale

Les premières expériences françaises remontent au début du XIXème siècle (Le Marquis de Sade animait des représentations théâtrales à la Maison de Charenton de 1801 à 1810⁶). D'autres expériences isolées, à l'initiative de personnels soignants, ou de responsables d'établissement férus de théâtre, ont pu avoir lieu mais des archives sont introuvables avant l'expérience de Sade et l'expansion significative de ce type d'activités s'affirme seulement à la fin des années 1970. Elle découle d'une part d'une volonté d'ouverture des lieux de soins sur la cité et d'autre part d'une possibilité pour les patients évoluant dans ces institutions de toucher au domaine de l'art dramatique soit pour créer ou simplement se divertir, soit pour se soigner. Il faut bien ici différencier deux volontés distinctes, l'une artistique, l'autre thérapeutique. Les enjeux ne sont pas les mêmes. La naissance de la dramathérapie, les développements de l'action socio-culturelle et l'augmentation considérable des comédiens ayant le statut d'intermittent du spectacle dans les dernières décennies provoquent un changement dans les propositions de

³ CRETE Pascal et PROIA-LELOUEY Nadine, « Le sujet au risque des nouvelles organisations », in *Pratiques en santé mentale*, n° 1, 60e année, 2014, p. 4-7.

⁴ DUBOIS Jérôme, *Les usages sociaux du théâtre hors ses murs : école, entreprise, hôpital, prison, etc. : témoignages et analyses*, Paris, Harmattan, « Collection "Logiques sociales" », 2011, 228 p. VANDENINDEN Élise, « Pour une approche de la médiation par ses usages professionnels : le cas de l'art comme médiateur en psychiatrie », in *Les Enjeux de l'information et de la communication*, n° 2, 2010, p. 104-115.

⁵ J. Dubois, *Les usages sociaux du théâtre hors ses murs*, op. cit.

⁶ D' ESTIENNE Jeanne Mesmin, « La folie selon Esquirol. Observations médicales et conceptions de l'aliénisme à Charenton entre 1825 et 1840 », in *Revue d'histoire du XIXe siècle*, n° 40, 15 juillet 2010, p. 95-112.

médiation artistique. La prise en charge des patients atteints de maladies mentales évolue également et les patients se voient proposer de nouvelles activités, en particulier du théâtre.

Art dramatique et discipline psychiatrique se rencontrent donc à de nombreuses reprises au cours de l'histoire récente. Des médecins psychiatres ont vu dans l'activité dramatique une réelle opportunité thérapeutique pour les patients. Jacob Lévy Moréno, Anne Ancelin Schützenberger, Françoise Lelong, Jean-Claude Benoit, Laurent Stevenin, Patricia Attigui, Jean Pierre Klein, Jean Broustra et Bernard Chouvier font partie des psychiatres et psychologues ayant permis un développement de l'inscription du théâtre dans les activités thérapeutiques. Améliorer l'estime de soi, l'expression corporelle, orale, jouer un rôle, écouter l'autre, prendre conscience du groupe, exprimer une intériorité souffrante... Les ambitions bienfaitrices des ateliers se justifient sous de nombreux aspects. L'idée que la pratique du théâtre détient des vertus thérapeutiques demeure ancienne et, encore aujourd'hui, cette discipline artistique s'utilise pour soigner, accompagner le soin ou encore pour permettre aux patients de toucher à la pratique artistique. Différentes visions se regroupent sans pour autant se rejoindre dans une même conception. Jamais une histoire complète et détaillée n'a été proposée de la liaison entre pratique théâtrale et soins des maladies mentales. Je proposerai un travail d'historisation qui implique une démarche réflexive, une histoire de cette relation entre théâtre et psychiatrie. Elle est la base de mon travail, une étape de réflexion indispensable, et permet une compréhension globale de l'évolution de ce rapprochement et une contextualisation socio-historique.

Comprendre le contexte qui permet la tenue de ce type d'activité ouvre la possibilité d'une analyse et d'une interprétation plus globale de l'évolution du regard porté sur le patient psychiatrique, ces possibilités et potentialités autour de son activité sociale. Je montrerai que les organisateurs des ateliers s'inscrivent dans des théories et traditions en santé mentale plurielles : psychothérapie institutionnelle, réhabilitation, remédiation...

Les ateliers et leurs fonctionnements, les interactions entre acteurs, les groupes « professionnels » des intervenants

L'ensemble des intervenants, artistes ou soignants se retrouvent autour d'une pratique théâtrale, mêlant habituellement spectateur, mise en scène et jeu dramatique. D'emblée deux interrogations sociologiques majeures se posent. Comment pratique-t-on le théâtre dans les services de psychiatrie ? Comment un patient est-il amené à participer à des ateliers de théâtre

au sein de structures de soins psychiatriques ? Je propose ici d'étudier l'organisation, le déroulement et le contenu du travail théâtral dans les services de soins en santé mentale et ses enjeux sur le statut professionnel des différents groupes impliqués.

Outre ces questionnements essentiels, je vais traiter de l'organisation des ateliers. Quelles sont les pratiques ? Comment s'élaborent-elles ? Dans quels contextes évoluent-elles ? La diversité de l'utilisation du théâtre en service psychiatrie m'invite également à poser la question du rapport entre ces différents ateliers, de leurs similitudes au niveau des exercices proposés et de leurs dissemblances.

Les relations et interactions dans le cadre de ces activités constitueront la suite logique de ma recherche. Quelles relations existent entre les acteurs en présence : artiste, soignant, intervenant, dramathérapeute, psychiatre et patient ? Comment interagissent-ils dans l'institution ? Quels sont les groupes impliqués dans les situations et organisations de travail dont les actions affectent le statut du groupe étudié ? Quels sont leurs rôles ?

Mon étude ouvre également des perspectives dans la compréhension des professions d'intervenants. Quels sont leurs compositions, leurs structures et leurs statuts ? Ces différents intervenants constituent-ils un groupe professionnel, un corps de métier ? Comment se structurent les intervenants entre eux ?

Le dernier aspect de mon travail est celui de la question des objectifs des ateliers. Quelles ambitions se donnent le dramathérapeute, l'intervenant à médiation artistique, le comédien professionnel ? La socialisation, la défense des droits culturels, la démocratisation culturelle... Comment ces volontés prennent place dans le milieu du soin, dans la prise en charge des patients ? Cette vision, la plus exhaustive possible de l'utilisation de la pratique théâtrale en psychiatrie, devrait permettre de mieux comprendre comment elle s'inscrit et prend part à la prise en charge des patients. Dans quel but ?

Une étude sociologique des actions théâtrales en établissement psychiatrique

Les intervenants, artistes ou soignants qui mènent les ateliers occupent des postes qui se situent aux frontières entre art, animation et soins. Ils prennent en charge les patients durant le temps de l'atelier, élaborent un programme et une progression pédagogique et transmettent des informations sur les patients aux autres membres professionnels de l'établissement. Faire

apparaître le rôle et les responsabilités des différents acteurs se révèle incontournable pour la compréhension du secteur, des systèmes d'emploi et le développement de ce type d'activité.

D'un point de vue plus général, la question de l'augmentation de l'activité théâtrale peut être mise en perspective avec l'évolution sociale de la prise en charge des patients en établissement de soins des maladies mentales. Les nombreuses médiations thérapeutiques, créations artistiques ou simples animations montrent l'utilisation de plus en plus accrue de la pratique de l'art dramatique. Comprendre les raisons de cette augmentation permet d'alimenter la réflexivité de la politique culturelle menée dans ces établissements par des professionnels identifiés (chargé culturel, responsable du service animation, médiathécaire, référent culturel).

Une meilleure connaissance des intentions des professionnels permettrait de nourrir les nouveaux projets en termes d'actions possibles. Est-ce les ambitions ou les intentions qui vont nourrir de nouveaux projets, ou bien la créativité des intervenants ? L'objectif est bien de comprendre comment ces intentions se rencontrent ou entrent en contradiction. Quelles sont les difficultés de cette mise en place ?

Les enjeux scientifiques se trouvent dans la compréhension des motifs de développement de ces activités. Dans quel cadre ? Dans quel but ? Ils résident également dans la proposition d'une approche scientifique regroupant des approches et regards sociologiques divers. Grâce à une pratique de participation observante autour de 223 séances dans un établissement de soins psychiatriques, la clinique des Saules, à une étude sur les ateliers de pratiques artistiques liés aux spectacles vivants (théâtre, danse, musique, chant, cirque, marionnette, atelier d'écriture, etc.) en établissements de soins menés sur le territoire français, à la conduite de 45 entretiens semi-directifs et à la lecture de nombreux ouvrages consacrés à ces questions, l'interrogation de ma place de chercheur est enfin indispensable. Cette question essentielle dans un travail doctoral oblige à me positionner dans une tradition ethnographique, ethnocénologique et à rendre compte de ma démarche avec une longue insertion dans le terrain.

Comment être un go-between efficace entre méthode historique et méthode expérimentale ?
Comment féconder ce va-et-vient chargé de moments de raisonnements expérimentaux, mais perpétuellement ré-ancrés dans des périodes et des sociétés concrètes, dans des contextes ? C'est cela faire de la sociologie⁷.

⁷ PASSERON Jean-Claude, *Le raisonnement sociologique : un espace non poppérien de l'argumentation*, Paris, Michel, « Bibliothèque de "L'évolution de l'humanité" », 2006, 666 p. P.158

J'ai donc fait le choix, comme le conseillait Jean-Claude Passeron, de multiplier les allers-retours entre le travail de terrain et le travail réflexif, de recherches théoriques et historiques.

A la suite d'une licence en histoire de l'art, j'ai intégré un Master recherche Théâtre et Cultures du monde dans lequel j'ai été formé à l'anthropologie théâtrale et à la sociologie du théâtre. Dans le cadre de ce Master j'avais réalisé un mémoire qui s'intitule *Les ateliers de théâtre en milieu carcéral ont-ils des conditions de mise en place et des pratiques adaptées pour améliorer le quotidien des détenus ?* Dirigé par Christine Douxami, anthropologue et Jean-Michel Bessette, criminologue, ce travail combinait déjà une observation de terrain (j'étais alors bénévole au GENEPI) à une recherche théorique et à la conduite d'entretiens avec des acteurs clés de cet objet d'étude. Au cours de ce master, j'avais également eu la chance d'effectuer un stage au sein de la compagnie de théâtre ARE. Cette structure pratique à Lomé le théâtre à vocation sociale à destination des enfants des rues. C'est donc logiquement qu'après quelques années d'enseignement du théâtre au sein de la compagnie Barbès, j'ai souhaité poursuivre mon travail de recherche sur le théâtre à vocation sociale et thérapeutique. J'avais découvert auprès de jeunes autistes dans le collectif Artytique ce type de pratique. L'ouverture au champ du sanitaire m'a alors été permis grâce à une formation en aide-soignant auprès de personnes lourdement handicapées et à la mise en place d'ateliers théâtre au sein du centre de jour de la clinique des Saules.

Ce travail de recherche sociologique sur les ateliers de théâtre en psychiatrie, qui aura duré cinq ans, me permet aujourd'hui de connaître ce secteur et d'en exposer ici les tenants et les aboutissants. L'interprétation de la mobilisation de l'activité dramatique dans les milieux de soins psychiatriques découle d'une part des significations engagées par les politiques publiques dans le cadre de la prise en charge des malades et, d'autre part, de l'analyse des pratiques et des relations entre les acteurs dans une logique pragmatique. Aborder les ateliers de théâtre sous ce double aspect (symbolique et empirique) permet d'en comprendre les origines, la justification de pérennisation, l'organisation autour de professions encore en cours de construction et d'analyser des rapports interindividuels singuliers.

Peu d'études sociologiques ont interrogé les activités théâtrales en psychiatrie du point de vue du vécu des différents acteurs, de leurs modes d'organisations, des objectifs et de leurs critères d'évaluation. Il me semble important de rendre compte des diversités et des pertinences de ces démarches, de procéder à une classification inédite et de construire une typologie des

actions. Grâce à une étude sur « les arts du spectacle en établissements hospitaliers en France » menée sous la direction de Jérôme Dubois durant trois années la question quantitative de la distribution et de la fréquence des actions au sein des établissements hospitaliers de 2014 à 2019 a permis d'élaborer cette classification. Les autres services des établissements hospitaliers (oncologie, pédiatrie, gérontologie...) accueillent également des activités de pratique artistique en lien avec le théâtre. Ces services m'intéresseront également comme contrepoint indispensable pour comprendre la spécificité du théâtre en psychiatrie.

Annonce du plan

Quatre grandes parties structurent cette thèse. La première s'intitule *Les fondations de la recherche* et regroupe les trois premiers chapitres.

Il m'a tout d'abord semblé indispensable de situer mon propos dans un contexte socio-historique afin de situer l'objet d'étude. Le premier chapitre est donc une histoire de la liaison entre théâtre et psychiatrie. Cette chronologie est utile dans la compréhension de l'évolution du théâtre dans notre système de santé et dans les services de psychiatrie en particulier. L'établissement d'un cadre conceptuel constitue mon deuxième chapitre. Rappeler l'état de la recherche dans les disciplines aussi diverses que les sociologies du théâtre, des maladies mentales, des groupes professionnels ou de l'ethnoscénologie m'est apparu indispensable pour construire une réflexion sociologique solide et pour permettre de comprendre dans quelle tradition épistémologique je m'inscrivais. Le troisième et dernier chapitre de cette première partie présente ma méthodologie. Le choix a été fait de réaliser un terrain d'observation long et de le combiner à d'autres méthodes sociologiques (entretiens, observation directe, analyse statistique de données quantitatives et recherches bibliographiques).

Il s'agit donc d'éclairer les différentes conceptions liant théâtre et psychiatrie. La définition de ces différents types d'ateliers proposant la pratique théâtrale aux patients reste essentielle pour cette recherche.

Dans la deuxième partie intitulée *La pratique théâtrale aujourd'hui. Etat des lieux*, j'ai cherché à comprendre comment ces actions sont réparties sur le territoire français, quelles tendances se dégagent au cours de ces dernières années et quels sont les mœurs qui amènent à pratiquer le théâtre en psychiatrie. Le quatrième chapitre contextualise la pratique

contemporaine d'ateliers théâtre autour d'enjeux thérapeutiques. Le cinquième chapitre traite lui de la typologie et de la cartographie des ateliers de théâtre en établissements psychiatriques en France de 2014 à 2019. Il sert là encore de base pour le développement qui suit notamment autour de la distinction entre art, médiation artistique, médiation thérapeutique, art thérapie et animation.

La troisième grande partie se nomme *Les acteurs. Responsable d'atelier, soignants, institutions et patients*. Vont s'enchaîner ici trois chapitres qui traiteront successivement des différents acteurs qui composent ce type d'activités : le responsable de l'atelier, les soignants, les intermédiaires, l'institution et le patient. Quels sont leur relation et leur parcours ? Ce découpage en chapitres distincts pour chacun des acteurs me permet d'aborder des questions simples telles que leurs origines, leurs itinéraires singuliers et leurs rôles. Pris isolément chacun des éléments énumérés n'aurait pas de sens. C'est pourquoi ces chapitres proposent une analyse du rôle de chacun.

Dans le chapitre six, je traiterai du responsable de l'atelier. Qui est-il ? Comment est-il arrivé dans l'institution ? Je débiterai par cet acteur car c'est lui qui joue un rôle central et qui rentre en interactions avec l'ensemble des autres personnels ou patients composant l'environnement humain de l'activité théâtrale. Ensuite, dans le chapitre sept, je parlerai des soignants et de l'institution. Qui sont les commanditaires ? Comment s'organise un atelier d'un point de vue médical et administratif ? Quelles implications ont les soignants dans cet atelier ? Quels en sont les coûts ? Enfin, pour terminer cette partie, j'aborderai dans le chapitre huit le sujet du patient. Comment est-il considéré ? Comment se retrouve-t-on dans un atelier théâtre en psychiatrie ? Dans le cadre de quelles prises en charge ?

La quatrième et ultime grande partie s'intitule *La pratique. Des objectifs pluriels et une évaluation délicate*. Après avoir précisé le type d'activité et défini l'ensemble des acteurs, je m'intéresserai dans le chapitre neuf au déroulement d'un atelier en tant que tel. Quelles sont les grandes étapes dans l'avancement d'un projet de ce type ? Existe-t-il une typologie organisationnelle de pratiques ? J'aborde ainsi le déroulement de l'atelier en lui-même pour être concret et pour décrire l'activité le plus finement possible autour de cinq exemples de projets notamment. Enfin, avant de conclure, le chapitre 10 traitera de l'évaluation de l'activité. Comment évaluer la pertinence de l'organisation d'un atelier théâtre dans un service de psychiatrie ? Quels outils d'évaluation utilise-t-on ? De nombreux acteurs mettent en place des évaluations dans le cadre de ce type de projet.

Née d'une volonté d'approfondir la connaissance sur le théâtre à vocations sociale et thérapeutique, d'enrichir ma pratique professionnelle d'intervenant artistique, cette thèse vise donc également à approfondir les notions de dramathérapie, de médiations thérapeutiques théâtrales et à étudier sur le plan organisationnel la création dramatique au sein des établissements de soins en santé mentale. Des artistes, soignants, animateurs, médecins, dramathérapeutes essaient d'aider les patients à réinstaurer une relation à l'autre. Ils tentent de rétablir l'estime de soi des patients grâce au médium théâtral. En complément des professionnels de ces institutions, les pratiquants extérieurs viennent pour pratiquer le théâtre. Avec leurs valeurs, leurs idéaux, les responsables d'atelier revendiquent que l'inscription dans un projet collectif et les apports de la pratique théâtrale demeurent indispensables dans des établissements de santé mentale.

Première partie : Les fondations de la recherche

Chapitre 1 : Le théâtre et le soin des maladies mentales, une histoire longue et fructueuse

Je propose ici de réaliser une histoire de la liaison entre théâtre et soins des maladies mentales en limitant ma recherche à l'Europe et l'Amérique du Nord, là où elle s'est principalement ancrée. Quelles sont les étapes, les évolutions et les faits historiques majeurs dans l'histoire occidentale qui lient théâtre et santé mentale ? Le fil conducteur est l'utilisation du théâtre en psychiatrie, les soins psychiques par le théâtre pour les acteurs ou les spectateurs. A l'aide d'une description chronologique sur les thèmes de l'activité théâtrale et du soin psychiatrique la liaison entre pratiques performatives et/ou spectaculaires et santé mentale est décrite. L'association du terme théâtre à la pratique psychiatrique est récente. Il faut donc garder à l'esprit que lorsque je parle ici de théâtre ou de psychiatrie, j'utilise parfois des anachronismes en projetant sur le passé des notions qui sont apparues au cours de l'histoire. J'essayerai donc de rester au plus proche des faits historiques et des termes employés alors.

Si la psychiatrie apparaît comme une discipline relativement jeune, à peine âgée de deux cents ans, elle est en réalité en comparaison avec la pratique théâtrale la plus vieille. Les chamans des tribus du Paléolithique supérieur avaient selon Jean Clottes et David Lewis-

Williams déjà comme attribution celle de guérir⁸. Le terme chamanisme est issu du *tunguz*. Le mot chaman signifie dans cette langue sibérienne « celui qui est extatique ». Dans la tradition sibérienne, le chaman au cours de la transe quitte son corps physique (*extase* vient du latin *extasis*, action d'être hors de soi) et voyage dans d'autres mondes pour trouver des solutions notamment en termes de guérison⁹. Une autre définition du chaman est apportée par Marcelle Boutellier. Reprenant les débats qui eurent lieu autour de cette appellation, il désigne le chaman comme

Celui qui en vertu de ses relations avec des protecteurs auprès desquels il jouit d'un accès privilégié, exerce, au profit ou au détriment des autres hommes, une action favorable ou néfaste. [...] L'une des attributions essentielles du chaman consistant à guérir, l'une des démonstrations les plus fréquentes et les plus spectaculaires du pouvoir chamanistique résidait en un prétendu voyage effectué à la poursuite de mauvais esprits, ravisseurs de l'« âme »¹⁰.

Les chamans exerçaient donc l'une des professions les plus valorisées au sein des tribus puisque l'une des seules spécialisées en dehors de la chasse et de la cueillette. Pour accéder à ce statut, le chaman devait maîtriser de nombreuses connaissances. Il devait être capable de garantir l'abondance et de préserver l'équilibre du monde, de révéler le passé et prédire l'avenir, de garder en mémoire les récits portant sur la création du monde et la naissance de sa tribu. Les objets de culte lui étaient confiés, il savait manipuler les plantes médicinales et c'est à lui qu'il revenait de diriger les rituels. Différentes fonctions distinguaient parfois différents chamans au sein de la même communauté et parfois même, ce chamanisme qui s'est étendu dans de nombreuses cultures du monde, avait un rôle plus diffus au sein des groupes sociaux, sans spécialisation franche entre individus, où tout un chacun pouvait se faire le visionnaire/conseiller de son groupe, que ce soit un homme ou une femme d'ailleurs. Ceci étant, outre ces fonctions de guérisseurs, de médium, de juge, de sage, on porte également au chaman un rôle d'artiste ou d'amuseur public capable de danser et réciter l'ensemble des chants de la tribu. L'avenir de la tribu était la part essentielle de son magistère lui légitimant ce que nous nommons aujourd'hui une activité à la fois de *voyant* et de *psychiatre*.¹¹ Les diagnostics les plus courants invoquaient un esprit malfaisant, une malédiction, ou encore le fait qu'un tabou

⁸ CLOTTES Jean, LEWIS-WILLIAMS J. David, *Les chamanes de la préhistoire : transe et magie dans les grottes ornées*, Paris, La Maison des roches, 2001. P.14

⁹ EERSEL Patrice van et DUMAS Didier, *Chamanisme et psychothérapie*, Paris, A. Michel, 1997. P.20

¹⁰ BOUTELLIER Marcelle, *Chamanisme et guérison magique.*, Paris, Presses universitaires de France, 1950. P.7

¹¹ FRANCES Allen J, GRANGER Bernard et LAIGNEL-LAVASTINE Alexandra, *Sommes-nous tous des malades mentaux ? Le normal et le pathologique*, Paris, O. Jacob, 2013. P.79-80

avait été brisé. Le traitement consistait alors à entrer dans le monde des esprits par la transe, la recherche de visions, le travail sur le rêve, autant d'opérations éventuellement facilitées par l'ingestion de plantes ou de champignons hallucinogènes. Le chant, la danse, le jeûne, la transpiration, la privation de sommeil, la communication avec les esprits, l'émulation collective, faisaient ainsi partie des rituels et protocoles de guérisons.

L'époque antique

Le chaman, guérisseur, fut à cette époque remplacé par un nouveau type de professionnel : le prêtre. Leurs fonctions étaient très similaires sur certains points, très différentes sur d'autres. Le chaman jouait un rôle d'intercesseur avec le monde des esprits. Il effectuait une médiation. A l'époque gréco-latine, le prêtre lui devient sédentaire et figure « les divinités et les hommes dans ses chants et danses, à l'aide de masques et de costumes¹². » Il officie dans un temple ou un complexe de temples situés sur une terre consacrée par les dieux, généralement proche d'une source bénite aux vertus purifiantes. Au cours de cette période de l'histoire, un lien fort se crée entre art dramatique et art médical.

Le meilleur exemple qui relie théâtre et médecine reste ici Epidaure. Dédié principalement à Asclépios, fils d'Apollon, le culte est attesté dans ce sanctuaire entre la fin du Vème siècle avant Jésus Christ et le IIIème siècle de notre ère.¹³ Les ruines du magnifique théâtre sont encore visibles de nos jours. L'origine du culte d'Asclépios est à retrouver en Thessalie. Asclépios, dans la mythologie, a appris la chasse et la pharmacie auprès du Centaure Chiron. Il était très bon guérisseur. Deux stèles ont été retrouvées dans le sanctuaire d'Asclépios avec des inscriptions indiquant les noms des malades traités dans l'Asclépiéon et les guérisons opérées par le dieu. « L'inscription contient le récit de vingt guérisons ou plutôt de vingt miracles, car il n'est nulle part question de remèdes pharmaceutiques, mais seulement de visions et de songes¹⁴. » D'autres Asclépiéons ont vu à cette époque le jour en Grèce (Sicyone, Trikke, île de Cos...).

Les mythes et textes littéraires de l'Antiquité abondent en descriptions de malades mentaux¹⁵ dont le comportement perturbé est d'abord expliqué par des causes surnaturelles. La folie est omniprésente dans la mythologie grecque. Quand la conduite d'un homme semblait le dépasser et s'écarter sensiblement de la norme on attribuait ce dérèglement à l'action d'une divinité. Quand un héros agissait de manière folle, le diagnostic standard consistait à considérer qu'une déesse l'avait poussé à agir ainsi. Gwenaëlle Le Person dans son article *Portraits de*

¹² VIALA Alain, *Histoire du théâtre*, Paris, Puf, 2017. P.11

¹³ ROBERT Fernand, *Epidaure*, Paris, Les Belles Lettres, 1935.

¹⁴ REINACH Salomon, *Chronique d'Orient 1894-1895*, Paris, E. Leroux, 1895. P.76

¹⁵ FORNARO Michele, CLEMENTI Nicoletta et FORNARO Pantaleo, « Medicine and psychiatry in Western culture: among Ancient Greek myths and modern prejudices », in *Medicina Nei Secoli*, n° 3, vol. 21, 2009, p. 1105-1122.

fous en Grèce ancienne aborde la question de la représentation de la folie dans le théâtre antique en parallèle à la pratique religieuse.

Mais alors que les bacchants, les corybantes et autres fidèles cherchent par le biais de la danse, l'enthousiasme, c'est-à-dire à être totalement inspirés par la divinité pour parvenir à l'extase, au ravissement extrême de la communion avec le divin, au contraire, les héros du théâtre tragique subissent cette intervention divine et luttent, en vain, pour ne pas être les jouets de la divinité mécontente¹⁶.

Ces états de résistance face à la divinité se retrouvent dans les personnages d'Io dans le *Prométhée enchaîné* d'Eschyle, dans *Hyppolyte* et *Héraclès* d'Euripide... Dans la discipline médicale, ce type de comportement déviant est mis sur le compte d'une déesse appelée Mania : sorte de démon primitif préexistant aux hommes et dont le rôle était de leur faire perdre l'esprit. « Dans l'Antiquité, peut-être au IIème siècle avant J.C., s'est définie précisément la manie, aliénation de l'esprit sans fièvre¹⁷. » L'explication par le divin reste au centre de la fonction de soin et s'inscrit dans un contexte d'absence de séparation nette entre corps et esprit et entre maladie physique et mentale. On ne retrouve pas de traitements médicaux spécifiques, si ce n'est « les bains », mais plutôt des soins religieux ou magiques : prières, rituels pratiqués dans les temples médicaux, les Asclépiéions

Loin donc d'être une pratique scientifique, la médecine de la Grèce Antique était considérée à côté de la pratique théâtrale comme un « art » : l'art médical. Pour autant, il faut ici rester prudent sur ce que le terme art désigne alors. Pour Aristote, « tout art concerne la production, ainsi que la compétence artisanale et la théorie des moyens de la production de tout ce qui peut être ou ne pas être¹⁸. » L'homme de l'art est donc selon Julien Lamy un praticien dont la pratique est un mixte de savoir théorique et de savoir empirique. Ce rapprochement de l'art et de la médecine se fait principalement grâce au *Serment d'Hippocrate*, rédigé probablement au IVème siècle avant J.C. où Hippocrate affirme : « Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence de la pureté » et également par *De l'art médical* texte du corpus hippocratique qui confirme l'existence et l'efficacité de cet art. Voici la définition qu'Hippocrate donne de l'art médical :

¹⁶ PERSON Gwenaëlle Le, « Portraits de fous en Grèce ancienne », in *Revue historique*, n° 2, n° 674, 2 juin 2015, p. 253-270.

¹⁷ PIGEAUD Jackie, *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'antiquité gréco-romaine : la manie*, Paris, Les Belles Lettres, 1987. P.9

¹⁸ ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque : livre VI*, Paris, Hachette, 1998.

Je veux parvenir exactement dans ce discours à faire la démonstration de l'art de la médecine, et à en donner une définition aussi exacte que je la conçois. C'est en général l'art de guérir les malades de leurs douleurs, ou de les soulager dans les affections les plus graves, ou de ne point tenter la guérison des maux que l'on sait être incurables. Je démontrerai ensuite quel est le pouvoir de l'art, et ce qu'il doit entreprendre¹⁹.

Je décrirai ci-dessous les évolutions de la pratique médicale relative aux soins des maladies de l'âme qui vont s'éloigner des pratiques religieuses des Asclépiéions.

L'art théâtral en Grèce serait né également de rituels religieux. L'une des premières étapes est l'institution du théâtre dans les rituels par Pisistrate en 534 avant J.C. L'action se déroulait dans un lieu symbolique (autel ou tombeau) et un groupe de participants (le chœur) dialoguait avec un exarque, celui qui à la fois déclame et dirige les évolutions du chœur. Les lois de la cité Athénienne obligeaient les citoyens les plus riches à payer les liturgies dans lesquelles nous retrouvons les chorégies, spectacle théâtral. Aussi, les acteurs sont juchés sur des chaussures à semelle très haute pour donner une impression de grandeur²⁰. Le corps revêt une grande importance.

Entre l'art théâtral (surtout la tragédie grecque) et l'art médical, le corps s'érige en tant qu'un fil permettant la liaison, la communication et les échanges entre ces deux disciplines : si la pratique médicale démarre du corps, c'est ce même corps - porteur de symptômes, enrichi de signes cliniques, siège d'affects, etc – qui est mis en valeur et représenté par l'acteur du théâtre tragique grec²¹.

Il n'y a pas de médecine ni de tragédie sans corps. Le corps est le lien entre la médecine et le théâtre. « Dans la tragédie, la chair est le lieu de la catastrophe. L'horreur brute apparaît dans l'outrance de la description anatomique et la précision des détails physiologiques²². » La médecine et le théâtre participaient donc à ce projet d'épanouissement du corps mais également comme nous allons le voir de l'âme, puisque de fait, cette distinction n'existait pas concrètement. S'il faut traiter le corps, il faut aussi traiter l'âme. La tragédie, apothéose du théâtre grec, expose parallèlement le destin de personnages et de héros qui affrontent les

¹⁹ HIPPOCRATE, *Traité d'Hippocrate, de la nature de l'homme, de l'ancienne médecine, des humeurs, de l'art médical, traduits en français, avec le texte en regard... Par M. le chevalier de Mercy...*, traduit par François Christophe Florimond de Mercy, Paris, impr. de J.-M. Eberhart, 1823, 431 p. P.300

²⁰ A. Viala, *Histoire du théâtre, op. cit.*

²¹ CALVERT Dorys, *Théâtre et neuroscience des émotions*, Paris, L'Harmattan, « Univers théâtral », 2016, 395 p. P.32

²² PRADIER Jean Marie, *Théâtre et neurosciences - L'interminable aporie*, Bologne, Carattere, 2007. P.50

divinités, la folie, le malheur, les passions. Pour Jean Maris Pradier, « deux arts du regard sont ainsi nés côte à côte²³. »

Aristote et la catharsis

Lorsque nous abordons l'histoire du soin des troubles mentaux et du théâtre nous pensons en tout premier lieu à Aristote. Nombreux sont les intellectuels qui vont commenter le concept de catharsis Aristotélicienne, tels que Gotthold Lessing pour qui « cette purgation consiste simplement dans la transmutation des passions en vertus²⁴ », Johann Wolfgang von Goethe qui définit la catharsis comme « cet accomplissement apaisant qui est effectivement recherché dans toute représentation dramatique comme aussi dans toute œuvre poétique²⁵ », ou encore William Fortenbaugh relevant que « la poésie, comme la rhétorique, était comparée à un phénomène extra-rationnel qui agissait sur les émotions de la même manière que les drogues sur les corps²⁶ ». Cette notion est encore de nos jours décrite comme l'une des plus importantes lorsque l'on parle de relation théâtre et santé mentale. C'est le point de départ pour la majorité des chercheurs traitant de la liaison entre soins et théâtre.

On le voit, le vrai, le grand, le profond, fut Aristote, qui voue la tragédie au malade virtuel que nous sommes tous, sans la restreindre au malade que nous pouvons être. Toute réflexion sur le théâtre comme thérapeutique doit commencer avec lui, qui ne réduisit pas la tragédie à un divertissement pour aliéné²⁷.

Dans un premier temps reprenons les principales définitions. L'adjectif Katharos associe la propreté matérielle, celle du corps et la pureté de l'âme morale ou religieuse. La Katharsis est l'action correspondant à nettoyer, purifier et purger. Il a d'abord le sens religieux de purification, et renvoie en particulier au rituel d'expulsion pratiqué à Athènes la veille des Thargélies, grande fête de purification et d'expiation célébrée à Athènes en l'honneur d'Apollon pendant le onzième mois de l'année à qui elle a donné son nom. Elle avait pour objet la fertilité de la terre et la prospérité agricole ; thargelia signifie à proprement parler les prémices des fruits

²³ PRADIER Jean-Marie, « L'ethnoscénologie. Vers une scénologie générale », in *L'Annuaire théâtral*, n° 29, 2001, p. 51-68.

²⁴ SOMVILLE Pierre, *Essai sur la Poétique d'Aristote et sur quelques aspects de sa postérité*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 1975. P.168

²⁵ *Ibid.* P.172

²⁶ FORTENBAUGH William W, *Aristotle on emotion.*, London, Duckworth, 1975. P.19

²⁷ J. Pigeaud, *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'antiquité gréco-romaine, op. cit.* P.188

que l'on faisait cuire pour les porter en procession dans des vases. Il convenait de purifier la cité en expulsant des criminels, puis des boucs émissaires, selon le rituel du pharmakos. Apollon est dit katharsios, purificateur. Selon le Socrate du *Cratyle*²⁸, il est nommé Apolouôn, (qui lave), dans la mesure où la musique, la médecine et la divination, arts auxquels il préside, sont autant de pratiques de purification. La Katharsis lie la purification à la séparation et à la purge, tant dans le domaine religieux, politique que médical²⁹. En tant que remède, la Katharsis implique plus précisément l'idée de médecine homéopathique : il s'agit, avec la purgation, de guérir le mal par le mal. C'est d'ailleurs pour cela que tout pharmakon est poison autant que remède.

« Et, en représentant la pitié et la frayeur, elle (la représentation) réalise une épuration (catharsis) de ce genre d'émotions³⁰. » L'unique phrase qu'Aristote consacre à la notion de catharsis dans sa *Poétique* se présente comme une énigme : le terme emprunté au vocabulaire médical « épuration, purgation » semble y être employé métaphoriquement sans que soit pour autant précisé le comparé. Aristote définit également la tragédie :

La tragédie est la représentation d'une action noble, menée jusqu'à son terme et ayant une certaine étendue, au moyen d'un langage relevé d'assaisonnements d'espèces variées, utilisés séparément selon les parties de l'œuvre ; la représentation est mise en œuvre par les personnages du drame et n'a pas recours à la narration ; et, en représentant la pitié et la frayeur, elle réalise une épuration de ce genre d'émotions³¹.

Il faut donc supposer que la catharsis réside dans cette faculté paradoxale, qui serait propre au spectacle tragique, de transformer des sentiments désagréables en plaisir esthétique. Ainsi la dynamique cathartique, des émotions à valence négative toucherait la sensibilité du spectateur sous la forme d'émotions à valence positive, favorisant ainsi l'expérience de plaisir en essence indissociable de l'expérience esthétique.

Confronté au théâtre à une histoire pitoyable ou effrayante, le spectateur éprouvera des émotions sous une forme épurée, fruit du travail et de l'art du poète ; et ces émotions épurées, loin d'engendrer un malaise, susciteront le plaisir, fin du spectacle tragique. Voilà l'alchimie de la katharsis, qui parvient à substituer le plaisir à la gêne³².

²⁸ PLATON, *Cratyle de Platon*, Paris, Flammarion, 1976.

²⁹ DODDS E. R et GIBSON Michael, *Les Grecs et l'irrationnel*, Paris, Flammarion, 1977.

³⁰ ARISTOTE, *La poétique*, Paris, Éd. du Seuil, 2011.

³¹ *Ibid.* P.53

³² MAGNIEN Michel, « Introduction à la Poétique d'Aristote, la mimesis », in *Publications Pimido*, 4 septembre 2010.

Dans les tragédies de la Grèce Antique, comme nous l'avons vu plus haut, le héros souffre d'hybris, c'est-à-dire d'excès, de démesure. Cet hybris provoque une souffrance au héros.

En suscitant chez les spectateurs des sentiments de pitié (pour les héros souffrants) et de peur (de connaître les mêmes souffrances qu'eux), le théâtre tragique évacuerait (catharsis : purgation) ce que de tels sentiments peuvent avoir d'excessif, de façon à ce que le spectateur retrouve la vie courante en meilleur équilibre psychologique³³.

Ce paradoxe a constitué un constant terrain d'affrontement pour les commentateurs, depuis la Renaissance, au moment où l'on recommence à s'intéresser au texte d'Aristote, jusqu'à nos jours. L'interprétation classique, celle des humanistes comme celle d'une bonne part des théoriciens du classicisme, fait du processus cathartique un ressort proprement moral : en donnant à voir le résultat funeste des « mauvaises » passions, le spectacle tragique purgerait – ou guérirait – le spectateur de ces mêmes passions (quelles qu'elles soient, et non plus seulement la terreur et la pitié). Mais les interrogations demeurent quant au mode même ou modalités de cette purgation.

Ainsi Corneille se demande, de quelles passions Œdipe-Roi pourrait bien nous purger : de l'inceste et du parricide bien que je ne puisse voir quelle passion il nous donne à purger, ni de quoi nous pouvons nous corriger sur son exemple³⁴.

Hippocrate de Cos et la théorie des humeurs

L'histoire de la médecine en Occident commence bien avant les théories d'Aristote et la naissance d'Hippocrate de Cos (460-370 avant J-C) nommé aujourd'hui le père de la médecine. Les Grecs ont surtout synthétisé les connaissances considérables accumulées avant eux par les Babyloniens, les Perses, les Egyptiens et les Indiens. Ils posent les jalons de la médecine moderne et Hippocrate est ainsi le premier médecin à introduire une théorie qui permet de rendre compte de la maladie physique et mentale par la biologie. Par son *Traité sur la maladie sacrée* qu'aujourd'hui nous appelons épilepsie, Hippocrate essaie de dégager toute responsabilité divine, magique ou surnaturelle du déclenchement des symptômes

³³ A. Viala, *Histoire du théâtre*, op. cit.

³⁴ CORNEILLE Pierre, *Discours de la tragédie et des moyens de la traiter selon le vraisemblable ou le nécessaire*, Paris, Société d'édition d'enseignement supérieur, 1963. P.145

caractéristiques de cette maladie. « Il est vain d'attribuer la cause du mal à des esprits et à des démons : toute maladie a une origine naturelle³⁵. » Hippocrate montre ainsi que si « l'encéphale est irrité, l'intelligence se déränge, le cerveau est pris de spasmes et convulse le corps tout entier ; parfois le patient ne parle pas, il étouffe. Cette affection se nomme apoplexie³⁶. » Hippocrate fait également une première distinction entre les maladies neurologiques et les maladies mentales, mais attribue ces troubles à des dysfonctionnements du cerveau, désormais considéré comme l'organe responsable des fonctions psychiques. « Il faut savoir que, d'une part, les plaisirs, les joies, les rires et les jeux et d'autre part les chagrins, les peines, les mécontentements et les plaintes ne nous viennent que de là (du cerveau) » soutenant ainsi la thèse céphalocentriste et ajoutant : « C'est encore par-là que nous sommes fous, que nous délirons, que des craintes et des terreurs nous assiègent [...] Tout cela, nous l'éprouvons par le cerveau quand il n'est pas sain³⁷. »

Hippocrate propose ainsi avec sa théorie des humeurs une explication rationnelle et inédite des passions, créant des liens entre les variations des liquides corporels et la diversité des comportements humains. Le médecin grec distinguait « quatre tempéraments fondamentaux, dont chacun correspondait à la prédominance d'une des quatre humeurs dans le corps humain³⁸. » Le fonctionnement du corps humain serait donc régulé par quatre types de fluides ayant des rapports avec les quatre éléments fondamentaux de l'univers, décrits par Pythagore (580-489 avant J-C) et Empédocle (490-430 avant J-C). Ces quatre fluides à savoir : le sang, le phlegme (lymphe), la bile jaune (cholè) et la bile noire (mélancolè), seraient distribués anatomiquement selon les capacités d'absorption propres à chaque tissu de l'organisme humain. « Plus que la description formelle du système des quatre humeurs, c'est par la dialectique vivante de son équilibre dynamique que l'humorisme d'Hippocrate introduit la physiologie moderne³⁹. »

Dès lors la guérison procédera d'un processus naturel et non plus surnaturel, si bien que le médecin devra cantonner son art aux limites que lui dicte la biologie. Il doit aider et accompagner la guérison, jamais la garantir. Les thérapeutiques fort nombreuses, procédaient

³⁵ J.M. Pradier, *Théâtre et neurosciences - L'interminable aporie*, op. cit. P.75

³⁶ CHANGEUX Jean-Pierre et DEBRU Claude, *Du vrai, du beau, du bien une nouvelle approche neuronale*, Paris, O. Jacob, 2010.

³⁷ *Hippocrate, La Maladie Sacrée*, http://asklepios.chez.com/hippocrate/maladie_sacree.htm, consulté le 15 mars 2019.

³⁸ ESCARPIT Robert, *L'humour*, Paris, Puf, 1990. P.11

³⁹ VINCENT Jean-Didier et DURKHEIM François, *Biologie des passions*, Paris, O. Jacob, 2011. P.29

presque toutes de la théorie des humeurs. Quand celles-ci sont viciées, surabondantes, épaissies ou acrimonieuses, provoquant ainsi une maladie, il s'agit de rétablir leur « coction » après en avoir éliminé les matières morbides, ou dépôts et métastases. Aux perturbations quantitatives, on répond par des médications supplémentives, ou plus souvent par l'usage « d'évacuants » : purgatifs, vomitifs, saignées, émonctoires artificiels... Des évacuants naturels (excrétions diverses, hémorragies, etc.) viennent parfois se substituer à ces évacuants artificiels. Aux perturbations qualitatives, on répond par des remèdes allopathiques.

De plus le nom d'Hippocrate est fondamental en raison de l'influence que ses idées médicales ont exercée, de façon directe ou indirecte, sur la construction poétique et représentative du théâtre de l'époque. Il est important de préciser que la tragédie grecque met en relief la matérialité des humeurs, de l'organicité des actions, la corporéité de la folie, les réactions physiologiques des conflits, les cris de la maladie. C'est un théâtre sans doute basé sur la stimulation des sens, un théâtre plutôt intéressé par l'expression physique des symptômes, par le caractère charnel des pathologies, sans trop se soucier de ce qui est de l'ordre de l'intouchable, comme le psychisme, la vie mentale des personnages. Il faut rester vigilant sur le fait qu'à l'époque antique et malgré les idées rationnelles d'Hippocrate sur les origines des maladies, la notion d'un être divisé en soma et psyché n'est pas encore ancrée dans la subjectivité des Grecs, dans la rhétorique des médecins ou dans la poésie dramatique. La médecine est loin d'avoir rompu les ponts avec le religieux et le magique. « Le dualisme de la pensée médicale est loin d'avoir triomphalement découpé dans l'unité de l'homme une anatomie psychologique, somatique et spirituelle⁴⁰. » Le processus d'objectivation du corps n'était qu'à ses débuts, ce qui fait du temps de la Grèce Antique :

Un temps où le corps animal et humain a commencé à être décrit et théorisé, soigneusement décomposé en parties tandis qu'apparaissaient les doctrines médicales qui réfutaient la responsabilité des dieux dans la maladie attribuée à un dérèglement des fluides internes ou une atteinte du cerveau⁴¹.

Au temps d'Hippocrate, la médecine et le théâtre relevaient donc de la poésie tragique et de la souffrance physique des personnages. Du fait que la notion de psychologie était encore inexistante, il n'était sûrement pas question de discuter sur la façon d'interpréter ces héros exposés aux effets désastreux des maladies sauvages. « Théâtre du visible et du palpable, sensuel, où le corps est présent, car la rupture n'est pas consommée de qui naîtra une littérature

⁴⁰ J.M. Pradier, *Théâtre et neurosciences - L'interminable aporie*, op. cit. P.75

⁴¹ *Ibid.* P.56

et un style d'acteur psychologique⁴². » Impossible donc d'envisager, à cette époque, une théorisation de la scène ou du métier d'acteur, et encore moins une interprétation psychologique des personnages. Le héros grec représentait le collectif et non l'individuel et, dans ce contexte, les émotions ne servaient pas à exprimer un état d'âme particulier. L'émotion ne vient pas de l'expérience personnelle de l'acteur, mais collectivement de l'excès montré, proclamé, dansé, mis en musique⁴³.

Evolution des concepts, la transition vers Galien et la théorie de régulation des fluides

La longue période gréco-romaine (du Ve siècle avant J.-C. au Ve siècle après J.-C.) a été totalement imprégnée de cette tradition hippocratique dont sont issues cependant plusieurs écoles (les écoles dogmatique, empirique, méthodiste et pneumatiste). Si l'on ajoute à ces quatre écoles l'éclectisme de Celse, d'Arétée de Cappadoce, et surtout de Galien (tous trois ayant exercé la médecine au IIe siècle après Jésus-Christ), on comprend que les concepts définis par la tradition hippocratique aient sensiblement évolué, et surtout qu'ils se soient affinés.

Galen, Aelius Galenus ou Claude Galien (130-200 après J.C.), est un éclectique qui a étudié et pratiqué la médecine dans tout le monde méditerranéen avant de s'installer à Rome. Ce médecin physiologiste reprendra l'étude du cerveau, et celle de ses fonctions, grâce aux travaux d'Hérophile et d'Erasistrate. Avec ses expérimentations, la victoire de la théorie céphalocentriste sur la théorie cardiocentriste d'Aristote s'est avérée définitive. Voici la définition de Galien : « nous avons démontré que l'encéphale est le principe des nerfs, de toute sensation et du mouvement volontaire, que le cœur est le principe des artères et de la chaleur innée⁴⁴. » Restaurateur de la théorie humorale, il l'élargit pour expliquer le tempérament humain et son impact sur la maladie. Parmi les fluides signalés par Galien, l'atrabile (aussi appelé bile noire ou mélancolie) occupe une place privilégiée dans ses spéculations sur les humeurs organiques. Dans sa conception médicale,

L'humeur offre une explication naturelle et cohérente des troubles de l'esprit : excès ou dénaturation, accumulation par engorgement, refroidissement ou échauffement sont les avatars ordinaires

⁴² *Ibid.* P.92

⁴³ *Ibid.* P.98

⁴⁴ CLARAC François et TERNAUX Jean-Pierre, *Encyclopédie historique des neurosciences: du neurone à l'émergence de la pensée*, Bruxelles, De Boeck, 2008.

de l'atrabile. Bien plus, selon que l'atrabile se porte sur le corps ou sur le cerveau, on observe de l'épilepsie ou de la mélancolie⁴⁵.

Galien réalise ainsi une association dynamique entre un élément biologique et une maladie mentale. La contribution de Galien est cruciale dans la mesure où le rôle de la bile noire dans la genèse d'une affection mentale fournit le premier exemple de relation causale entre un désordre psychique et une anomalie biochimique⁴⁶. De cette manière, ce dont il est possible de témoigner ici c'est l'élaboration primitive des bases épistémologiques qui allaient constituer plus tard une nouvelle discipline médicale : la psychiatrie.

L'influence de Galien dépassera l'univers médical et c'est surtout grâce à la cohésion théorique de ses propos liant pathogénie et abondance d'humeur que ses idées vont persister et servir d'inspiration artistique, permettant ainsi la création d'une esthétique basée sur l'excès psychologique. L'exploration du concept de bile noire, par exemple, va nourrir non seulement les pratiques thérapeutiques de l'époque, mais aussi enrichir l'imaginaire collectif dont le reflet se fera sentir dans les écrits poétiques et dramatiques du XVI^{ème} siècle :

La théorie des humeurs qui s'est épanouie à la Renaissance, s'est enrichie de multiples influences savantes, dont celle de la médecine arabe, profondément intéressée à la mélancolie et au « mal d'amour », et qui avait pénétré l'occident par l'Italie du Sud et l'Espagne.⁴⁷

Au V^{ème} siècle, Caelius Aurelianus, sans négliger les médications physiques, développe déjà ce que croiront avoir inventé les pères fondateurs de la psychiatrie à l'extrême fin du XVIII^{ème} siècle : le traitement moral. Certes il ne prononce pas le mot, mais il prescrit qu'au traitement du corps s'ajoute celui de l'âme par le dialogue, la lecture, le théâtre.

Après la lecture, il faut leur donner une pièce, ou du mime, si les patients souffrent de tristesse ; ou inversement, une pièce qui comporte de la tristesse et de la crainte si tragique, s'ils sont atteints de gaieté puérile. Car il convient de corriger la qualité de l'aliénation par son contraire, pour que l'état de l'âme, ainsi, recouvre la condition moyenne de santé⁴⁸.

Caelius parle de la musicothérapie en vogue dans l'Antiquité : « David n'apaisa-t-il pas ainsi la mélancolie de Saül ? Et le centaure Chiron ne jouait-il pas de la lyre pour fléchir la

⁴⁵ J.-D. Vincent et F. Durkheim, *Biologie des passions*, op. cit. P.30-31

⁴⁶ *Ibid.* P.31

⁴⁷ J.M. Pradier, *Théâtre et neurosciences - L'interminable aporie*, op. cit. P.95

⁴⁸ PIGEAUD Jackie, *La maladie de l'âme : étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, Paris, Les Belles lettres, 2006.

férocité de son élève Achille⁴⁹ ? » De même Caelius nie cette autre idée en vogue selon laquelle il faut guérir une passion par une autre passion, surtout lorsqu'il s'agit d'amour qui est déjà une folie.

⁴⁹ *Ibid.*

L'époque médiévale

Cette période est marquée par une forte ambivalence tant dans la reconnaissance de la maladie mentale que dans le traitement et de la place du « fou » dans la société. On retrouve une « régression » de la pensée médicale jusqu'en l'an 1000 puis un renouveau de la médecine à partir du XI^{ème} siècle, sous l'influence de la médecine arabe (Abu Ali al-Hussein ibn-Abdullah Ibn-Sina (980- 1037) plus connu sous le nom d'Avicenne). Plusieurs œuvres ont ainsi influencé la théorie médicale occidentale sur les maladies mentales et fournissent par un goût de la systématisation un cadre scientifique dans lequel elle évolue jusqu'à l'époque moderne. La psychiatrie arabe et ses méthodes thérapeutiques annoncent l'approche holistique, respectueuse et morale des affections mentales qui prédominent de nos jours, avec l'apparition de la notion d'hygiène mentale. On retrouve ainsi l'existence des premiers établissements spécifiquement dédiés aux malades de l'esprit à Bagdad dès 705 et au Caire dès l'an 800.

De l'autre côté de la Méditerranée, le besoin d'enseigner les folles entre le IX^{ème} et le XII^{ème} conduit l'Eglise à créer de vrais drames rituels, des mystères pour les grandes fêtes de l'année. « Le théâtre est donc un moyen d'éducation répandu comme en témoignent les enluminures, qui nous montrent les étudiants dans leurs occupations quotidiennes ; celles-ci accordent une large place aux activités théâtrales⁵⁰. » Sauf que l'éducation ne concerne qu'une petite partie de la population, seules les élites ont accès à ce moyen d'éducation par le théâtre.

Au XIII^{ème} siècle, l'effort théologique trouve dans l'œuvre de Saint Thomas d'Aquin un point d'équilibre et d'achèvement. Grâce à l'apport des philosophies grecques et arabes, il tente de rendre compte de ce qui peut être compris de la raison par la foi⁵¹. Thomas d'Aquin « redécouvre » Aristote et marque ainsi pour des générations la pensée de l'Europe chrétienne. La théologie thomiste ne doit toutefois pas être réduite à une élaboration dogmatique, elle est avant tout une théologie morale. La psychologie des facultés rationnelles et sensibles décrites par Saint Thomas dépend étroitement de l'élaboration d'Aristote dans son œuvre « *De anima*⁵². » La démence naturelle n'a rien à voir avec le péché. Le XIII^{ème} siècle est également l'époque de la création des Universités de médecine (Montpellier en 1220). La folie a un statut

⁵⁰ BARRUCAND Dominique, *La catharsis dans le théâtre la psychanalyse et la psychothérapie de groupe*, Paris, Épi éditeurs, « Hommes et groupes », 1970, 385 p.

⁵¹ POSTEL Jacques et QUETEL Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1997. P.48

⁵² GILSON Étienne, *Le thomisme : introduction à la philosophie de Saint Thomas d'Aquin*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 1997.

à part (fêtes des fous et bouffons du roi). Les « fous » sont au mieux pris en charge par la communauté.

La fin du Moyen-âge depuis l’Inquisition au XIIIème siècle est marquée par la montée des hérésies puis on voit aux XV et XVIème siècle, l’apogée de la sorcellerie. A cette époque et au début de la Renaissance, la démonologie inspire des textes comme le fameux *Malleus Maleficarum* (1487) écrit par les Dominicains allemands ou *Le Fléau des Démons et sorciers* de Jean Bodin Angevin (1530-1596). Pour l’Eglise, les malades de l’esprit sont habités par des forces démoniaques qu’il faut détruire pour assister le Dieu chrétien dans son combat contre Satan. Les exorcismes, la torture et le bûcher remplacent les traitements médicaux. Dans ce contexte Jean Wier réclame en 1570 la tolérance et un statut médical pour les sorcières et les possédés en essayant de faire accepter l’idée que ceux-ci puissent souffrir d’une maladie naturelle⁵³.

Nous voyons donc qu’au cours de cette période coexistent une ambivalence et une ambiguïté fondamentales vis-à-vis de la folie. Contrairement au lieu commun erroné qui fait du Moyen-Âge une sorte d’âge d’or de la folie où les malades mentaux auraient bénéficié d’une grande tolérance, il coexiste au sein de la société médiévale tant des attitudes positives se traduisant par la compassion, l’accueil et un souci d’intégration que des attitudes négatives où prédominent la peur, le rejet et l’exclusion. Les soins médicaux prodigués en sont un bon exemple, le malade bien que plus souvent soigné à domicile est parfois hébergé dans un monastère, gratuitement ou contre une pension. On voit donc apparaître le début de l’institutionnalisation et de l’enfermement. L’hospitalisation des fous se développe lentement, dans un esprit d’accueil et d’assistance, mais seulement dans les établissements importants comme l’Hôtel-Dieu de Paris. Une spécialisation commence même à s’ébaucher, dont la première mention explicite figure dans les statuts de l’hôpital du Saint-Esprit, fondé à Montpellier en 1178-1179. « S’il y a des fous dans la ville, vous les accueillerez et vous rechercherez l’origine de leur folie pour y porter remède. Vous les mettrez seuls, de peur qu’ils ne se fassent mal les uns aux autres⁵⁴. » Dans ce contexte coexistent tant la recherche de la guérison miraculeuse que l’utilisation de thérapeutiques naturelles. La réclusion et la contention restent malgré tout le premier recours. Les fous, même au sein du domicile familial, ne sont pas

⁵³ WEYER Johann et CHADWYCK-HEALEY, *Cinq livres de l’imposture et tromperie des diables, des enchantements et sorcelleries, pris du latin de Jean Wier, ... et faits françois par Jaques Grévin*. Place of publication not identified, Chez J. Du Puys, 1569.

⁵⁴ DULIEU Louis, *La Médecine à Montpellier*, Avignon, Presses universelles, 1975. P.13

détenus avec douceur et affection. On laisse certains malades mentaux mourir de faim, d'autres sont chassés car ils sont trop gênants devenant ainsi des fous errants, réduits à la mendicité et à l'exclusion.

Le Moyen-Âge a été par ailleurs marqué par une baisse considérable sur le plan de la création dramaturgique et du développement esthétique. Fortement attachées au christianisme, les représentations des liturgies dramatiques (XI-XIIème siècles) étaient surtout écrites et récitées en latin et par des clercs à l'intérieur des bâtiments religieux. L'acteur perd son statut d'artiste et le théâtre se rapproche plus d'un outil de communication du message religieux. Progressivement on retrouvera dans ses formes successives le Jeu (XIIIème siècle), puis le Miracle (fin XIII-XIVème siècle), une ouverture sur l'extérieur avec une écriture se faisant progressivement en langue dialectique, des représentations des jeux sur le parvis des églises et une désacralisation des thématiques se rapprochant de légendes populaires, d'anecdotes pittoresques. Ces jeux profanes sont montés par les puy (étymologiquement : montagne, éminence où l'on monte, scène et par extensions troupe), sociétés de comédiens laïcs (participant par ailleurs aux jeux religieux). Il faudra attendre la fin du Moyen-Âge pour que le théâtre retrouve l'espace public par la représentation des Mystères. Le mot « mystère », désignant un spectacle, apparaît à l'extrême début du XVème siècle et provient du latin « ministerium » qui signifie : ministère, service public. Comme en Grèce, à Rome, on offre à l'ensemble de la population, un enseignement (ici l'Histoire Sainte) sous forme de divertissement. A noter en 1402, l'installation des Confrères de la Passion de Paris, à l'hôpital de la Trinité rue Saint-Denis où seront entreposés les décors et faites les répétitions. Soutenu par les nobles et le roi, le Parlement se voit dans l'obligation d'accepter l'installation de la troupe dans les murs de Paris et lui octroie le monopole du théâtre religieux dans la capitale ainsi que deux sergents du Châtelet, officiers du roi, chargés de surveiller des désordres et l'effet produit par les spectacles.⁵⁵

Un processus de régulation sociale est donc progressivement mis au point, ayant pour résultat de contenir, de marginaliser, voire d'exclure, ceux qui incarnent l'idée même d'anormalité. En témoigne le statut juridique particulier qui leur est réservé entraînant des restrictions imposées soit par le droit canonique soit par le droit civil. En sus de la limitation d'accès au sacrement s'ajoutent de nombreuses incapacités juridiques, pour exemple perte du

⁵⁵ DEGAINE André, *Histoire du théâtre dessinée : de la préhistoire à nos jours, tous les temps et tous les pays*, Saint-Genouph, A.-G. Nizet, 2017.

droit d'aînesse, de propriété⁵⁶... Comme dans les siècles précédents, on continue à incarcérer un certain nombre d'aliénés dans les prisons. « Il a existé tout au long du Moyen Age des lieux de détention réservés aux insensés⁵⁷. » Cet enfermement correspond à la nécessité du maintien de l'ordre public. Le droit permet ainsi d'enfermer de façon préventive les fous agités. Cependant, quel que soit le délit ou le crime qu'ils commettent, le droit pénal accorde aux fous des circonstances atténuantes liées à leur état mental : « les fous ne sont pas jugés comme les autres, car ils ne savent pas ce qu'ils font⁵⁸. » De plus les fous constituent une population pénitentiaire assez particulière. Dans l'ensemble, ils sont encore mélangés avec les détenus de droit-commun dans les prisons, lesquelles, hormis quelques exceptions comme les Petit-Châtelet, n'ont pas de bâtiments propres. Il est probable que progressivement, dans le courant du XIIIème siècle, une spécialisation apparaît : les fous dangereux sont, de préférence, regroupés et emprisonnés dans certaines tours de remparts urbains. Les archives relatives à ces « tours aux fous » (Chatimoine à Caen, Rosendaël et Lysel à Saint-Ome ; le Châtelet de Melun) datent des XIVème et XVème siècles.

Par ailleurs un processus d'apprivoisement de la folie se développe à l'époque féodale : la multiplication des fous à gages, à partir du XIème siècle et surtout au XIIème siècle, dans les cours royales et seigneuriales traduit cette politisation de la folie. Les fous de cour peuvent parfois être porteurs d'une certaine pathologie mentale ; ce sont d'ailleurs les mêmes termes qui, dans le langage courant, désignent le fou-malade mental et le fou de cour : *follus*, *stulus*, *insipidus* en latin ; *fol* en ancien français et ancien provençal.⁵⁹ Ces « fous » ne peuvent toutefois pas présenter de graves maladies mentales qui ne pourraient être supportées longtemps et ne permettraient pas d'assurer leur fonction au sein de la cour à savoir de faire rire. Progressivement, la folie de cour tend à se professionnaliser : les habiles simulateurs de la folie, tels que Tristan, Ipomédon ou Robert le Diable se multiplient ; même si les bouffons continuent aussi à se recruter parmi les nains, les débiles et les malades mentaux. Au XIIIème siècle, on peut parler d'institutionnalisation de la folie de cour, d'abord en Angleterre puis en France. Les fonctions des bouffons se précisent : clowns, acrobates, danseurs, chanteurs, ils deviennent également les confidents privilégiés des rois, leurs complices, leurs doubles fascinants et

⁵⁶ ALLARD Guy-H, PARADIS André, GOULET Jean, et al., *Aspects de la marginalité au Moyen Âge*, Montréal, L'Aurore, 1975. P.39-47

⁵⁷ FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 2018.

⁵⁸ BEAUMANOIR Philippe de et SALMON Amédé, *Coutumes de Beauvaisis*, Paris, Picard, 1970.

⁵⁹ CANEL A, *Recherches historiques sur les fous des rois de France et accessoirement sur l'emploi du fou en général*, Paris, Alphonse Lemerre, 1873.

troublants⁶⁰. Dans l'enluminure, la massue, attribut du fou-malade mental, cède la place à la marotte, attribut du fou de cour : bâton surmonté d'une tête grotesque, la marotte rivalise avec le sceptre royal et traduit à la fois la complexité de la notion de pouvoir, la promotion sociale ambiguë des fous de cour et la récupération socio-politique dont la folie fait l'objet.

⁶⁰ LEVER Maurice, « Les bouffons et le roi », in *L'Histoire*, n° 31, février 1981.

De la période moderne jusqu'au marquis de Sade

Une évolution du traitement des maladies mentales importante a lieu entre les XVIIème et XIXème siècles. Outre la naissance de la psychiatrie et l'accès de cette dernière au rang de discipline médicale à part entière, cette période voit se développer des courants philanthropiques qui améliorent la prise en charge des insensés. Le théâtre français est quant à lui étroitement corseté dans la règle des trois unités et un monopole s'exerce à Paris. Ce privilège est donné dès 1402 par Charles VI aux Confrères de la Passion. Le premier théâtre français est décrit par François Parfaict⁶¹ comme étant situé à la porte de Saint Denis et son siège était à l'Hôpital de la Trinité. L'hôpital était alors relié le plus souvent à un pôle religieux et accueillait malades, pauvres et marginaux.⁶² En 1545, l'Hôpital de la Trinité est transformé en orphelinat, les Confrères émigrent à l'Hôtel de Bourgogne. Dès leur installation, ils jouent leur répertoire habituel, le mystère. Cette salle reste ouverte jusqu'en 1783. Durant le XVIIème siècle, deux autres théâtres sont ouverts, le Théâtre du Marais en 1634 et le Théâtre du Palais Royal en 1661 avec Molière. A partir de 1680, la Comédie Française réaffirme le monopole de la troupe unique. Les dramaturges et philosophes de cette période développent des théories sur les aspects psychologiques des personnages de théâtre.

La renaissance et la révolution des Lumières

La folie devient un procédé philosophique pour étudier le monde et ses paradoxes en s'affranchissant des convenances. *L'Eloge de la folie* d'Erasme écrite en 1509 et *L'Utopie* de Thomas More publiée en 1516 en sont les principaux exemples. Les médecins antiques sont traduits tout d'abord en Italie (traduction d'Hippocrate en 1525, réédition de Galien à Venise en 1550). Les premières éditions des grands dramaturges antiques se font elles dès la fin du XVème siècle toujours à Naples et Venise. A partir du XVIème siècle se diffuse en Europe une nouvelle technologie, l'imprimerie. Conjuguée aux savoirs qu'apporte la redécouverte des textes antiques, l'invention de Gutenberg permet une conjugaison du théâtre à voir et à lire. C'est au milieu du XVIème siècle qu'a lieu en France la renaissance de la tragédie et de la

⁶¹ PARFAICT François et PARFAICT Claude, *Histoire du théâtre français depuis son origine jusqu'à présent, avec la vie des plus célèbres poètes dramatiques...*, Tome premier, Paris, P. G. Le Mercier, 1745.

⁶² FORTIN Sylvie et KNOTOVA Michaela, « Présentation : Îles, continents et hétérotopies : les multiples trajectoires de l'ethnographie hospitalière », in *Anthropologie et Sociétés*, n° 3, vol. 37, 2013, p. 9.

comédie. Des auteurs comme Théodore de Bèze, Roland Brisset, Jean de Rotrou puis Jean Racine pour la tragédie ; Etienne Jodelle et Adrien Turnèbe pour la comédie, s'inspirent des auteurs antiques (Sénèque, Sophocle, Euripide, Eschyle, Plaute, Térence et Aristophane). La poétique d'Aristote et l'Art poétique d'Horace sont également publiés à cette époque.

Les collèges des Jésuites utilisent alors à des fins pédagogiques des tragédies en latin sur des sujets moraux.⁶³ Pour autant, l'Eglise condamne souvent le théâtre. Plus encore, des auteurs croyants, comme Jacques-Bénigne Bossuet, Blaise Pascal ou Pierre Nicole le réprouvent parfois car il excite et fait aimer les passions que l'Eglise condamne. Voici par exemple ce que Bossuet écrit en 1694 dans une lettre au Père Caffaro : « Pour quelle raison les auteurs se donnaient tant de mal pour nous rendre aimable la part instinctive et libidineuse de l'homme, si c'était pour nous en inspirer l'horreur ? N'allons-nous pas au théâtre non pour y subir un traitement, mais parce que nous aimons l'amour ou que nous aimons la gloire ? »

La tragi-comédie se développe également à cette époque avec des sujets sérieux non religieux qui peuvent susciter la crainte du spectateur. Dans son livre *Théâtre et société*, Guy Boquet présente la relation de Shakespeare avec la société Elisabéthaine de l'époque. Aussi, dans cet ouvrage, il nous parle des fous dans l'écriture de Shakespeare.

Dans ce type de comédie, le fou ou clown, sensuel et entremetteur, rencontre souvent un personnage vivant en marge de la société, méchant comme le don John de Beaucoup de bruit pour rien, ridicule comme Malvolio, désabusé comme Jacques. Spectateurs-acteurs (les fous de Peines d'amour perdues et de Songe d'une nuit d'été jouent même une pièce à l'intérieur de la pièce), fous et misanthropes sont les interprètes d'un monde caché, conscient chez Jacques ou « crevant par bouffées la surface de la conscience » (N. Frye). Les fous peuvent ainsi se servir de leur isolement comme d'un paravent pour influencer sur le déroulement de l'action sans que leur contestation entrave la participation du spectateur à l'esprit de fête qui conduit la comédie ; mais parce que leur fonction les voue au ridicule, ils ont le privilège de parler sans contrainte, clairvoyants parmi les aveugles⁶⁴.

Il n'est évidemment pas ici question de psychiatrie mais ce rapport avec la folie que relève Guy Boquet reste intéressant à souligner. D'autres auteurs nous rappellent l'utilisation que fait Shakespeare de la folie dans la construction de ces personnages. Nous pensons ici à

⁶³ PEYRONNET Pierre, « Le théâtre d'éducation des jésuites », in *Dix-huitième Siècle*, n°8, 1976. *Les Jésuites.*, 1976.

⁶⁴ BOQUET Guy, *Théâtre et société: Shakespeare.*, Paris, Flammarion, 1969. P.47

Foucault et Dominique Barrucand dans sa thèse *La catharsis dans le théâtre et la psychothérapie*.

Le XVII^{ème} siècle est marqué par la pensée de René Descartes. Le dualisme cartésien définit les émotions comme le résultat de l'union de l'âme et du corps (*Traité des passions* de 1650). Il s'agit d'une vision holistique des émotions. Elle inspire Charles Le Brun, artiste peintre qui s'intéresse à l'expression physique des mouvements de l'âme et qui formule une théorie mécanique des passions. L'expression des passions ou l'expression faciale des émotions se place au centre des débats académiques et artistiques (conférence de 1668 sur L'expression générale et particulière). Le théâtre français au XVII^{ème} codifie également l'expression des émotions⁶⁵. Corneille prend ses distances dans le *Discours de la tragédie* vis-à-vis de la catharsis. Pour lui l'utilité de la tragédie est mineure, et l'essentiel est le plaisir que l'on y prend. On retrouve une opinion comparable chez Molière et chez Racine.

La folie est alors étudiée comme une maladie naturelle. Le discours sur la folie se dégage des conceptions mêlant philosophie et ésotérisme. Lazare Rivière étudie l'épilepsie, Robert Burton écrit *The anatomy of melancholia* en 1621 et Thomas Sydenham examine l'hystérie. Dans un contexte où la mendicité augmente considérablement et où les hôpitaux sont en mauvais état, une nouvelle organisation du système hospitalier se met en place. En 1656 est créé l'Hôpital général de Paris, en 1662 des Hôpitaux généraux voient le jour dans les régions, puis en 1698 est établi un règlement général des Hôpitaux. Les malades mentaux représentent alors environ 10% des effectifs⁶⁶. Michel Foucault dans l'*Histoire de la folie à l'Âge classique* propose l'idée qu'une décision politique de faire taire la folie est à l'origine d'un grand renfermement. Le fou passe d'une société qui l'intègre à une société qui l'exclut et l'enferme. En 1961 sur l'ORTF, Michel Foucault explique :

On trouve dans la littérature du XVI^{ème} siècle et encore dans la littérature baroque du début du XVII^{ème} siècle beaucoup d'allusions à ces personnages de fous qui distraient le public, il y en avait même qui étaient célèbres, qui écrivaient des livres.

Pour autant la misère est si grande qu'à peine ouverts les hôpitaux généraux voient affluer des invalides qui finissent par constituer la majeure partie de la population hospitalière,

⁶⁵ GUYOT Sylvaine et THOURET Clotilde, « Des émotions en chaîne : représentation théâtrale et circulation publique des affects au XVII^{ème} siècle », in *Littératures classiques*, n° 1, vol. 68, 2009, p. 225-241.

⁶⁶ J. Postel et C. Quénel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, op. cit.

ruinant ainsi le projet d'enfermement des mendiants valides.⁶⁷ Les dépôts de mendicité autorisés à partir de 1764 connaissent quant à eux un vrai succès pour l'enfermement des insensés.

Le mouvement philanthropique en Angleterre au début du XVIIIème siècle est initié par William Battie qui constate l'état d'abandon des insensés. Il fonde le St Luke's hospital for the lunatics où les chambres sont individuelles et le personnel qualifié. Ce mouvement se poursuit en Angleterre avec William Tuke et la Retreat à York en 1796, John Conolly et les principes du no restraint et de l'open door. En France, Robert Turgot, contrôleur général de 1774 à 1776 puis Jacques Necker mettent en place des commissions dans le but d'améliorer le régime des hôpitaux. En 1785 est publiée une circulaire : « Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés. » Loin de constituer un événement isolé, la circulaire est sous-tendue par le mouvement du traitement moral. Dès le XVIème siècle, Juan Luis Vivès et André Dulaurens conseillent de ne jamais laisser seuls les mélancoliques mais au contraire de les distraire avec de belles paroles. La nouvelle attitude médicale basée sur le traitement moral se développe réellement à la fin du XVIIIème siècle notamment avec Philippe Pinel et son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Il se questionne sur le domaine des passions (ou facultés affectives) :

L'histoire médicale des passions entre nécessairement comme notion préliminaire dans le *Traité*, car comment concevoir l'aliénation la plus fréquente, celle qui vient d'une exaltation extrême des passions, si on ne considère d'abord avec soin leurs effets sur le moral et le psychique ? [...] Contre balancer les passions humaines les unes par les autres, est une partie importante de la médecine.

Le rapport entre la philosophie morale et la médecine se retrouve dans cette théorie des passions avec comme base la théorie stoïcienne. Pour les stoïciens, passion est synonyme de perturbation des équilibres avec une forte nuance péjorative puisque c'est un obstacle à la sagesse et un déséquilibre de l'assiette rationnelle de la pensée.⁶⁸

Au cours du XVIIIème siècle, les salles de théâtre se multiplient ainsi que les éditions de textes dramaturgiques. La philosophie des Lumières développe l'idée que le théâtre doit être

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ BOURGEOIS M.-L. et HAUSTGEN T., « Des passions (à propos du deuxième centenaire de la thèse d'Esquirol, 1805). En hommage à Georges Lantéri-Laura », in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, n° 5, vol. 164, juillet 2006, p. 419-428.

une école du peuple.⁶⁹ On retrouve cette conception dans *l'Encyclopédie* diffusée à partir de 1750. De nombreux auteurs et critiques réfléchissent sur l'art de la scène. Ainsi Denis Diderot, dans son *Paradoxe du comédien* de 1770 insiste sur le rôle de la technique plutôt que l'émotion et l'inspiration. L'acteur idéal pour Diderot est un rationaliste et un extraordinaire imitateur de la nature et des comportements humains. Il est la personnification d'une machine spécialisée dans la création de formes capables d'induire des réponses émotionnelles chez le spectateur. L'idée que l'effet sur le spectateur est plus efficace si ce qui est montré est proche de sa condition intéresse également Diderot. Il pose également la question de l'utilité sociale de l'acteur, « jamais on ne se fait comédien par goût pour la vertu, par le désir d'être utile dans la société ». Bien au contraire pense Diderot. Il faudrait éduquer les acteurs à la morale.

La comédie au Théâtre Français se fait parfois moralisante avec des auteurs comme Philippe Néricault Destouches (Glorieux 1732) Pierre Claude Nivelles de La Chaussée (*L'école des mères* 1744) et Voltaire (Nanine 1749). Le drame est également un genre nouveau qui apparaît. Diderot dans le *Discours de la poésie dramatique* de 1758 le conçoit comme le chaînon manquant entre la comédie gaie, qui ridiculise les vices, et la tragédie qui concerne les malheurs de la collectivité à travers ceux des grands personnages. Le drame peut alors être le lieu où le devoir et la vertu des particuliers triomphent de malheurs familiaux. La révolution, en abolissant le système des privilèges propre à l'Ancien Régime, abolit les salles officielles en 1791. Le nouveau régime veut un théâtre éducatif et prévoit en 1793 un jour par semaine d'entrée gratuite pour les gens du peuple. En 1794 des subventions aux spectacles qui rempliront cette fonction éducative sont votées. Comme l'ensemble de la société, la prise en charge de la maladie mentale qui n'est pas encore désignée sous ce vocable et sa liaison avec la pratique théâtrale évolue.

L'invention de la psychiatrie

La naissance de la psychiatrie se déroule en plusieurs étapes de 1789 à 1838. Pierre Jean Georges Cabanis dans son *Rapports du physique et du moral* de 1802 est l'un des premiers à rattacher les faits psychologiques à la physiologie et non aux sensations. Les deux médecins considérés comme les pères de la psychiatrie moderne sont les toulousains Pinel et Jean Etienne

⁶⁹ TARIN René, « L'éducation par le théâtre sous la Révolution », in *Dix-huitième Siècle*, n°29, 1997. *Le vin, sous la direction de Jean Bart et Elisabeth Wahl.*, 1997.

Esquirol. Pour Pinel, le fou devient un sujet. Il adopte comme nous l'avons vu ci-dessus les principes philanthropiques et le traitement moral. Cette thérapeutique vise à donner une nouvelle direction aux passions des aliénés et devient privilégiée dans le cadre de la prise en charge des malades notamment par Pinel et Esquirol. Le traitement moral répond à une nouvelle conception de la folie, un nouveau mode d'organisation institutionnel et une nouvelle relation médecin patient⁷⁰. Très utilisées dans les établissements de soins religieux alors encouragés à accueillir de nombreux patients, des activités dont l'un des objectifs est la socialisation correspondent alors à la philosophie de ce traitement. Le chant liturgique est une référence. L'écoute, le dialogue et l'attention aux aliénés, ainsi que l'accès, autant que possible, à une vie sociale dans le cadre de l'asile sont préconisés avec plus ou moins d'application. Pinel utilise le terme aliénation pour remplacer celui de vésanie. Elève de Pinel, Esquirol publie sa thèse de médecine sur *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Il est à l'origine de la Loi de 1838, signée par Louis-Philippe qui impose que chaque département doit disposer d'un asile. L'admission et le maintien des aliénés sont sous contrôle de l'autorité publique. La psychiatrie accède au rang de discipline médicale à part entière. Pour Johan Christian Reil, inventeur du terme « psychiatrie », les maladies mentales sont universelles, tout le monde peut en être atteint et la lutte contre le rejet des malades est nécessaire.

De nombreuses avancées pour la discipline nouvelle qu'est la psychiatrie se situent dans ce début du XIX^{ème} siècle. Antoine Laurent Bayle individualise à partir d'observations cliniques à la Maison de Charenton la paralysie générale en 1822 et en découvre les causes anatomiques. Des sous-groupes sont définis pour ce qu'on commence à identifier comme délirant. De nombreux asiles sont construits par des congrégations religieuses, Saint-Jean-de-Dieu, Sainte-Marie-de-l'Assomption et le Bon Sauveur.

Une expérience novatrice : Les représentations théâtrales de Charenton

Un exemple d'une activité singulière a eu lieu à la Maison de Charenton. En 1803, le Marquis de Sade est interné dans cet hospice destiné à accueillir des aliénés. Il organise alors

⁷⁰ GUILLEMAIN Hervé, *Diriger les consciences, guérir les âmes*, s.l., La Découverte, 2006 GUILLEMAIN Hervé, « Médecine et religion au XIX^e siècle », in *Le Mouvement Social*, n° 2, no 215, 2006, p. 35-49.

des représentations théâtrales et crée de 1803 à 1810 des spectacles avec les patients et les soignants⁷¹. Il meurt dans cet hospice en 1814. La compréhension du protocole qui a pris forme durant ces années est intéressante même s'il n'a pas fait école. Les pratiques de Sade à Charenton s'inscrivent dans une conception du théâtre de société. « Il transpose les modalités du théâtre de société dans un lieu qui n'est pas un espace privé [...] au service d'une activité dont le versant de sociabilité nous semble l'emporter largement sur la caution thérapeutique⁷². » La Maison d'aliénés, nationalisée depuis 1797, est sous l'autorité du Ministère de l'Intérieur. François Simonnet de Coulmier, ancien religieux, dirige l'hospice durant cette période et le docteur Gastaldi dirige le service médical. Cependant Coulmier gouverne tout, l'administration, la vie des malades et l'aménagement. Il ordonne la construction d'un théâtre, il est persuadé que l'art du théâtre est un remède contre la folie. C'est une salle de deux cents places. Il organise alors des bals et des spectacles avec comme metteur en scène le Marquis de Sade. A la mort de Gastaldi, en 1806, la faculté de médecine nomme comme médecin chef Antoine-Athanase Royer-Collard⁷³. Ce psychiatre de renom, il obtient la création de la première chaire de psychiatrie en 1819, s'oppose à la pratique théâtrale dans une lettre adressée au Sénateur Ministre de la police général de l'Empire le 2 aout 1808 :

On a eu l'imprudence de former un théâtre dans cette maison sous prétexte de faire jouer la comédie par les aliénés, et sans réfléchir aux funestes effets qu'un appareil aussi tumultueux devaient nécessairement reproduire sur leur imagination. M. De Sade est le directeur de ce théâtre. C'est lui qui indique les pièces, distribue les rôles, et préside aux répétitions. Il est le maître de déclamation des acteurs et des actrices, et les forme au grand art de la scène. [...] Si ces détails étaient connus du public, quelle idée se formerait-on d'un établissement où l'on tolère d'aussi étrange abus ? Comment veut-on d'ailleurs que la partie morale du traitement de l'aliénation puisse se concilier avec eux ?

Petit à petit, il transforme la pratique médicale de l'établissement (méthode de l'observation clinique et examens anatomiques) et s'oppose aux pratiques de Coulmier qui quitte ses fonctions en 1815. Esquirol reprend à la mort de Royer-Collard la direction médicale de la Maison de Charenton. Il émet aussi des réserves sur l'utilisation du théâtre dans le cadre du traitement moral :

⁷¹ J.M. d'Estienne, « La folie selon Esquirol. Observations médicales et conceptions de l'aliénisme à Charenton entre 1825 et 1840 », art cit.

⁷² PLAGNOL-DIEVAL Marie-Emmanuelle, « Marge dans la marge ou le théâtre de Sade à Charenton comme théâtre de société », Université de Genève, s.n., 2013.

⁷³ SEVESTRE Pierre, « La maison de Charenton, de la fondation à la reconstruction : 1641–1838 », in *Histoire des sciences médicales*, vol. 25, 1991, p. 61-71.

Pour que les représentations théâtrales fussent utiles aux aliénés, il faudrait un théâtre, des pièces, une musique, des spectateurs, faits exprès pour chaque malade, car les applications de l'influence morale au traitement des aliénés, doivent être aussi variés qu'il y a de modes différents de sentir⁷⁴.

Une fois par mois de 1803 à 1810 se tenaient donc à la maison de Charenton des pièces de théâtre mises en scène par Sade et où des internés tenaient des rôles principaux. Comment se passaient alors les représentations théâtrales mises en scène par Sade ? Sade choisissait les acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'asile et dirigeait les répétitions. « Ce mélange au niveau de la direction comme au niveau de la troupe, entre amateurs et professionnels, est très fréquent, dans le théâtre de société⁷⁵. » Un témoignage de Mademoiselle Flore, actrice de l'époque, donne encore quelques précisions :

Je ne pouvais pas croire que des fous fussent capables de s'exercer dans un art qui demande tant d'étude et de travail, même de la part de ceux qui ont la raison. Mais on m'apprit que cette façon de les occuper, de les distraire de leurs manies, en leur faisant porter leurs idées et leur attention sur des objets amusants, était un moyen curatif employé souvent avec succès. S'il n'avait pas toujours des résultats complets, il avait l'avantage de leur procurer quelques moments de plaisir et de faire diversion à leur état habituel⁷⁶.

Elle parle bien ici d'un moyen curatif. Pourtant les pratiques de Sade restent très éloignées de la dramathérapie ou du psychodrame actuel. Le répertoire des pièces jouées est constitué essentiellement de comédies combinées avec d'autres formes de divertissements (concert, feux d'artifice...). Le regard positif de Mademoiselle Flore n'est pas partagé par tout le monde.

En juin 1812, Henri de Collins, ancien officier de cavalerie, transmet au ministre de l'Intérieur un mémoire « sur l'établissement consacré au traitement de l'aliénation mentale, établi à Charenton ». Il est très critique envers les représentations théâtrales qu'il estime être des escroqueries. En effet, écrit-il, peu de malades sont dans la troupe qui comporte surtout des infirmiers, des femmes de service, et aussi des comédiens ou danseuses, semi-professionnels, recrutés à Paris. Le public est assis derrière des grilles et toujours selon les dires de Collins, se comporte d'une manière vulgaire. « Qu'on se figure une quarantaine d'aliénés, écrit-il, moitié mélancoliques ou convalescents, placés en amphithéâtre comme des objets de curiosité, exposés aux regards avides d'un public léger, inconséquent et quelquefois méchant. [. . .] Quel remède pour les femmes susceptibles d'attaques hystériques ! Pour celles dont le délire

⁷⁴ BONNEFON Gérard, « Un art extraordinaire ? À propos des pratiques artistiques dans les secteurs du médicosocial et de la santé mentale », in *Psychologie Clinique*, n° 2, n° 34, 11 décembre 2012, p. 155-166.

⁷⁵ M.-E. Plagnol-Diéval, « Marge dans la marge ou le théâtre de Sade à Charenton comme théâtre de société », art cit.

⁷⁶ G. Bonnefon, « Un art extraordinaire ? », art cit.

mélancolique est un amour contrarié ou trahi ! Quel effet produisent les saillies d'une gaîté folle sur cet homme que dévore un chagrin profond ! » « C'est un véritable poison. » Telle est sa conclusion où il manifeste sa préférence pour la vertu thérapeutique du travail⁷⁷.

L'inscription de l'activité théâtrale à la Maison de Charenton, inédite jusqu'alors dans un asile, est tout à fait singulière. Elle se termine le 6 mai 1813 suite aux nombreuses critiques par arrêté du Ministre sous les conseils du médecin Royer Collard. Potentiellement d'autres créations théâtrales en asile psychiatrique ont pu voir le jour avant les expériences du Marquis de Sade mais je n'en ai pas connaissance. Par la suite, la liaison entre le théâtre et le soin apporté aux personnes souffrant de maladies mentales s'enrichit pour trouver son point culminant d'une part dans l'invention du psychodrame Morénien dans les années 1930, d'autre part dans la démocratisation culturelle des années 1970.

⁷⁷ BROUSTRA Jean, « Sade, entre Bastille et Charenton : de l'insoumission créatrice au théâtre moral », in *L'information psychiatrique*, n° 7, Volume 94, 28 septembre 2018, p. 595-600.

Théâtre et psychiatrie au XIXème

Le traitement moral se retrouve au début du XIXème siècle confronté à l'accroissement rapide du nombre d'internés. Le nombre de malades toujours plus élevé pose déjà le problème de la prise en charge. Les avancées cliniques sont nombreuses durant cette période. William Cullen, médecin Ecossais, utilise le terme de névrose pour définir l'ensemble des maladies « nerveuses » en affirmant leur origine organique et donne un cadre nosographique (description et classification des maladies) spécifique à la neurologie naissante. La classe des névroses s'étiologie rapidement du côté de la neurologie avec les découvertes des entités morbides anatomico-cliniquement définies (maladie de Parkinson, maladie de Charcot, sclérose en plaque...). A l'inverse, à la suite de Pinel, la classe des névroses s'enrichit du côté de la psychiatrie puis de la psychanalyse. De nombreux traités de médecine contiennent un grand chapitre des névroses. A partir de 1861, Hughlings Jackson bâtit lui les fondements de l'épileptologie moderne. Il décrit de nombreuses formes qui seront à la base de la classification anatomo-clinique d'ensemble des épilepsies de William Gowers. La société médico-psychologique est créée en France en 1847 par Jules Gabriel et François Baillarger. Plus ancienne société de psychiatrie en France elle est également une des premières au monde. En Allemagne Emil Kraepelin dans son *Traité de psychiatrie* de 1883 établit un système de classification des maladies mentales où apparaissent la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive. Il rédige huit éditions de son traité qui sera enrichi de nouvelle définition et délimitation des maladies. La maladie mentale doit s'individualiser et se définir par son évolution. Le modèle médical semble l'emporter dans l'approche de la folie.

L'école de Valentin Magnan, installée à Sainte Anne, brille de tout son prestige de 1880 jusqu'à 1910. L'étude du point de vue clinique de la dégénérescence mentale, celle des « déséquilibrés », le problème considérable de l'alcoolisme constituent à cette période les principaux objets de leurs recherches. Face à cette école s'est développée l'œuvre considérable de Jules Séglas grâce à un travail d'observations cliniques minutieuses. C'est lui qui a précisé les rapports des hallucinations auditivo-verbales avec les perturbations du langage, décrit les hallucinations psychomotrices et a également développé la sémiologie des délires de persécution hallucinatoires. Il publie en 1895 les *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. En même temps que Séglas, Pierre Janet approfondit la connaissance des névroses, en particulier l'hystérie et la psychasthénie. Il étudie des femmes hystériques en utilisant l'hypnose comme méthode expérimentale et met en évidence des activités qu'il qualifie

d'inférieures ou d'automatiques, habituellement inhibées chez l'homme normal par les fonctions supérieures. Gatian De Clérambault propose des études sur l'automatisme mental appliqué au groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. Il prolonge ainsi la tradition clinique française du XIX^{ème} siècle. Il reste ici à signaler l'œuvre de Charles Blondel sur la *Conscience morbide* qui constitue une étude importante sur la psychopathologie générale où se reflète la conjonction des études sociologiques de l'école française d'Emile Durkheim et Lucien Lévy-Bruhl avec ceux de l'école clinique de Séglas. C'est un des livres fondamentaux de la psychiatrie française de ce siècle.

Durant cette période, la « dramatrocratie » définie par Jean-Claude Yon nous rappelle que la société du XIX^{ème} est une société où le théâtre est au cœur de la vie publique et où il participe de façon conséquente à la constitution de l'opinion publique, à la fois dans ses aspects les plus importants et les plus futiles⁷⁸. C'est également l'époque où le théâtre nordique d'Ibsen et de Strindberg met en scène des problèmes psychologiques incarnés par ces personnages dans des pièces comme *Le drame de la mer*, *Brand*, *Peer Gynt* ou encore *Inferno*. Strindberg se réclame même de la science puisqu'il a étudié la psychologie clinique et les théories de Charcot⁷⁹. En France, avec l'apparition des cafés concerts, du cinéma, le cirque et des spectacles sportifs, le théâtre perd dans le dernier quart du XIX^{ème} son hégémonie. Ainsi, en 1864 le décret de libéralisation des théâtres de Napoléon III prouve le déclin de la censure. Le Théâtre du peuple se développe cependant au début du XX^{ème} siècle pour tenter de ramener les classes populaires à fréquenter ce lieu pour assister aux représentations d'œuvres du grand répertoire. Ces volontés de démocratisation et de décentralisation théâtrales n'avaient aucun sens au XIX^{ème} puisque selon Jean Claude Yon il n'y avait pas de coupure entre le théâtre et le peuple. Pourtant, en 1885, dans le village de Bussang dans les Vosges, Maurice Pottecher crée ce théâtre du peuple. Animé par une troupe d'amateurs, celui-ci joue en plein air et vise à rassembler toutes les classes sociales et l'ensemble des citoyens autour des mêmes spectacles.

Autre fait marquant en ce qui concerne la liaison du théâtre et de la psychiatrie dans cette fin du XIX^{ème} siècle est le théâtre du Grand Guignol. Ce théâtre d'épouvante et de rire ouvert à Paris de 1897 à 1962 propose des pièces en un acte qui prennent la forme particulière du comprimé de terreur⁸⁰. Par exemple *Un crime dans une maison de fous* montre aux

⁷⁸ YON Jean-Claude, *Une histoire du théâtre à Paris de la Révolution à la Grande Guerre*, Paris, Aubier, 2012.

⁷⁹ D. Barrucand, *La catharsis dans le théâtre la psychanalyse et la psychothérapie de groupe*, op. cit.

⁸⁰ ADRIEN Philippe, KERMABON Geneviève de, PIERRON Agnès, et al., « Grand peur et misère du Grand-Guignol », in *Etudes théâtrales*, n° 1, N° 44-45, 2009, p. 139-148.

spectateurs un monde cauchemardesque où Louise tente d'échapper à son triste destin, mais c'est sans compter sur d'autres patientes, sadiques et démoniaques. De nombreuses pièces ont été écrites avec des personnages dont la santé mentale est fragile. De plus, le Grand Guignol a poussé la fiction encore plus loin grâce à la collaboration entre Alfred Binet et André de Lorde. L'un psychologue, l'autre dramaturge, tous deux réalisaient en collaboration des pièces de théâtre médicales pour horrifier les spectateurs : à De Lorde les situations de drame, à Binet la charge de donner aux personnages une rigueur nosographique et une précision psychologique. Le Grand Guignol se donne ainsi une double volonté :

– d'une part pédagogique : montrer par l'action ce que sont les maladies mentales, sans se perdre dans des détails savants. Sa fonction étant de révéler la vraie nature de la folie sur laquelle le public a une idée fausse ;

– d'autre part civique : attirer l'attention sur le corps médical et l'administration, notamment au travers de ses abus et défaillances éventuels.⁸¹

La fonction éducative, pédagogique du Grand Guignol se limite à divulguer auprès du spectateur l'existence des maladies mentales et les bienfaits de l'internement. Si les compétences de l'aliéniste sont limitées, sa fréquentation quotidienne du fou permet d'acquérir un savoir incommunicable fondé sur sa seule expérience qui lui permet de bien appréhender la folie.

Le théâtre et la psychiatrie sont donc en profonde mutation au cours du XIX^{ème} siècle. Le rôle social et politique du théâtre s'accompagne de la prolifération de formes de spectacle non théâtrales et d'une théâtralisation générale de la société. Les expériences du Marquis de Sade et du Grand Guignol sont tout à fait originales dans le rapprochement du traitement des maladies mentales et de la psychiatrie. Le XX^{ème} siècle va devenir foisonnant dans cette liaison qui aboutira aux programmes publics de développement de l'activité théâtrale dans les établissements de soins des maladies mentales que nous connaissons aujourd'hui.

⁸¹ CHENIVESSE Pierre et DE LUCA Manuella, « Le théâtre du Grand Guignol et l'aliénisme », in *L'Évolution Psychiatrique*, n° 3, vol. 82, 1 juillet 2017, p. 619-629.

Les évolutions au XXème siècle

La révolution Freudienne

Je ne pouvais pas aborder ces thématiques sans prendre en compte la révolution freudienne et l'invention de la psychanalyse. Ce phénomène a été décrit par de nombreux chercheurs et la distinction entre histoire de la discipline et de son objet d'étude est parfois complexe et délicate. C'est ce que nous rappelle Andréas Mayer en distinguant bien les deux objets, d'une part l'histoire des découvertes de la pensée sur l'inconscient en tant qu'objet de la psychanalyse suivant ses propres lois, d'autre part une histoire mettant ces découvertes en contexte, en les rapportant à une extériorité (une réalité sociale, économique ou culturelle), au risque de manquer, voire de nier la spécificité de son objet.⁸²

L'émergence et la transformation des savoirs et des techniques traitant du psychisme sont évidemment plurielles et complexes à aborder de manière synthétique. Pour autant, dans son ouvrage, Dominique Bourdin rappelle les grandes étapes et avancées de la révolution Freudienne. Tout d'abord, la psychanalyse est un procédé d'investigation des processus psychiques, une méthode de traitement des troubles névrotiques, qui se fonde sur une investigation et une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui fusionnent progressivement en une discipline nouvelle. La psychanalyse connaît son véritable démarrage avec *L'interprétation des rêves* ouvrage majeur de Sigmund Freud édité en 1900. En 1910 est créée l'Association psychanalytique internationale. La psychanalyse interroge la psychiatrie et les professeurs de clinique psychiatrique vont être en charge de la formation psychanalytique. En 1926, la Société psychanalytique de Paris voit le jour.

Ce qu'il est intéressant de signaler ici est le regard que pouvait porter Sigmund Freud sur le théâtre notamment le théâtre antique et Sophocle. Son Œdipe est « celui qui a accompli le souhait de notre enfance, et notre épouvante à toute la force du refoulement qui depuis lors s'est exercé contre ces désirs⁸³. » L'effet cathartique décrit par Aristote pour la tragédie est étendu par Freud à tous les types d'œuvres d'art : Freud décrit le plaisir esthétique comme un

⁸² MAYER Andreas, « Écrire l'histoire de la psychanalyse : le problème du contexte », in *Revue d'histoire des sciences humaines*, n° 30, 3 avril 2017, p. 71-91.

⁸³ FREUD Sigmund, *Oeuvres complètes 1899-1900*, Paris, Presses universitaires de France, 2004.

prime plaisir lié à la forme de l'œuvre, plaisir d'ordre préconscient, associé à un plaisir plus profond provenant d'une libération des sources pulsionnelles inconscientes :

L'artiste aspire d'abord à une auto libération et fait partager celle-ci, par l'intermédiaire de son œuvre, aux autres hommes qui souffrent des mêmes désirs réfrénés. [...] Il n'est pas difficile à la psychanalyse de montrer, à côté de la participation manifeste au plaisir artistique, une participation latente, ô combien plus active, provenant des sources cachées de la libération des pulsions ⁸⁴

Le concept de Catharsis a trouvé chez Freud une actualité prégnante et est un des facteurs de développement de la psychanalyse.

Antonin Artaud ou les débuts de l'anti-psychiatrie

Autre personnage fondamental dans la liaison de la psychiatrie et du théâtre, Antonin Artaud. Il édicte les principes du Théâtre de la Cruauté et fait de nombreux ponts entre le théâtre et la psychiatrie : « La longue habitude des spectacles de distraction nous a fait oublier l'idée d'un théâtre grave, qui, bousculant toutes nos représentations, nous insuffle le magnétisme ardent des images et agit finalement sur nous à l'instar d'une thérapeutique de l'âme dont le passage ne se laissera plus oublier⁸⁵. » L'ambition d'Artaud est de resacraliser le théâtre occidental, de lui redonner la dimension d'un rite sacré, avec ce que cela implique de spectaculaire et de participation active d'un public. Artaud est très influencé par le théâtre oriental et condamne le théâtre psychologique occidental, théâtre de la parole. Il propose de mettre en scène des situations exceptionnelles, des mythes, des thèmes universels. « La violence d'une situation d'exception a peut-être aussi la propriété de dénouer les conflits, de libérer des forces captives. Cette libération est bénéfique pour le spectateur comme pour l'acteur⁸⁶. » La catharsis, selon Artaud, se réalise par le jaillissement de l'inconscient au conscient via le jeu théâtral. Artaud pousse la catharsis du théâtre à son extrême et, par là-même, il nous donne les clefs de la porte d'entrée d'un théâtre thérapeutique. « Une vraie pièce de théâtre bouscule le repos des sens, libère l'inconscient comprimé, pousse à une sorte de révolte virtuelle et qui d'ailleurs ne peut avoir tout son prix que si elle demeure virtuelle, impose aux collectivités

⁸⁴ BRUN Anne, CHOUVIER Bernard et ROUSSILLON René, *Manuel des médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod, 2017. P.17

⁸⁵ ARTAUD Antonin, *Œuvres*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2004, 1786 p.

⁸⁶ *Ibid.*

rassemblées une attitude héroïque et difficile⁸⁷. » Il souhaite retrouver la destination primitive du théâtre par les gestes, le corps.

Dans son ouvrage *le théâtre et son double*, Artaud élabore également un parallèle entre la peste et le théâtre, parallèle qui vient témoigner de la force destructrice mais purificatrice de ces deux entités.

Si le théâtre essentiel est comme la peste, ce n'est pas parce qu'il est contagieux, mais parce que comme la peste il est la révélation, la mise en avant, la poussée vers l'extérieur d'un fond de cruauté latente sur lequel se localisent sur un individu ou sur un peuple toutes les possibilités perverses de l'esprit. [...] Le théâtre comme la peste est une crise qui se dénoue par la mort ou la guérison. Et la peste est un mal supérieur parce qu'elle est une crise complète après laquelle il ne reste rien que la mort ou qu'une extrême purification. De même le théâtre est un mal parce qu'il est l'équilibre suprême qui ne s'acquiert pas sans destruction. Il invite l'esprit à un délire qui exalte ses énergies ; et l'on peut voir pour finir que du point de vue humain, l'action du théâtre comme celle de la peste, est bienfaisante, car poussant les hommes à se voir tels qu'ils sont, elle fait tomber le masque, elle découvre le mensonge, la veulerie, la bassesse, la tartuferie ; elle secoue l'inertie asphyxiante de la matière qui gagne jusqu'aux données les plus claires des sens ; et révélant à des collectivités leur puissance sombre, leur force cachée, elle les invite à prendre en face du destin une attitude héroïque et supérieure qu'elle n'aurait jamais eue sans cela⁸⁸.

Le théâtre ne doit avoir qu'un but cathartique. Il ne s'agit plus d'un divertissement, mais d'une quête de la guérison. Artaud souhaite des spectacles qui fassent place aux pulsions et aux sensations primitives, un « théâtre de la cruauté », qu'il théorise dans *Le théâtre et son double* en 1938. Pour autant, il n'a pas eu le temps de mettre en pratique ses idées. Seules deux mises en scène dont il ne reste que peu de traces ne permettent pas de proposer une analyse en lien avec ses écrits. Artaud grâce à la conception de récréation totale de l'homme et de la réalité développe l'idée selon laquelle le théâtre doit recouvrer sa dimension sacrée, métaphysique, et porter le spectateur jusqu'à un état de transe⁸⁹. Il s'agit de manifester ce qu'il y a d'irrévéle dans l'esprit pour pouvoir s'en libérer. Pour ce faire, le comédien doit se débarrasser de toute simulation pour créer un acte réel qui ramène l'esprit à la source de ses conflits.⁹⁰ Evelyne Grossman émet l'hypothèse que l'hystérisation théâtrale a permis à Artaud de trouver un

⁸⁷ ARTAUD Antonin, *Le théâtre et son double : Suivi de Le théâtre de Séraphin*, Paris, Gallimard, 2019.

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ KUCHYTS CHALLIER Tatsiana, « Le Corps-Peste d'Antonin Artaud face à la cruauté de l'espace vital », in *L'Annuaire théâtral : revue québécoise d'études théâtrales*, n° 52, 2012, p. 119-132.

⁹⁰ VANDEVELDE - POULIQUEN Beatrice Anne Sabine, *L'improvisation dramatique, étude clinique et psychanalytique d'ateliers théâtre en structures de soin*, Université Rennes 2, 2016, (dactyl.).

équilibre jusqu'à l'échec de sa pièce, *Les Cenci* en 1935. « Il n'y a pas de public, pas de réception. Artaud est seul⁹¹. »

Les influences des formations de l'acteur

La formation de l'acteur dans son aspect psychologique évolue au cours du XX^{ème} siècle. Constantin Stanislavski, acteur, metteur en scène et directeur de théâtre a écrit deux ouvrages de références pour le sujet qui nous intéresse, *Ma vie dans l'art* et *La formation de l'acteur*. Il tente d'imposer sur scène « la vérité psychologique de l'âme humaine », luttant contre les pratiques artificielles de la scène. Pour cela, il compte sur l'introspection, l'intuition, les forces subconscientes de l'acteur. « Seul le subconscient peut nous procurer l'inspiration dont nous avons besoin pour créer. » L'émotion tant de l'acteur que du spectateur est importante : il s'oppose ici au paradoxe de Diderot. Le comédien ne doit pas s'éloigner de la vie, devenir un automate. Tout doit aboutir à « la création de la vie intérieure d'un personnage par le psychique et l'expression des sentiments par le physique sous une forme artistique et esthétique. » L'acteur finit par s'identifier au personnage, il est amené à interpréter la vie et les sentiments du personnage en les rapportant à sa propre personne. Le comédien est « au seuil du subconscient : le travail de création de l'acteur est l'expression de son subconscient. » Stanislavski travaille dans le sens de l'identification de l'acteur à son personnage, ou plus exactement de la projection dans le personnage. Le personnage est vrai parce que l'acteur s'exprime lui-même au travers de lui. Le développement de la mémoire affective et la prise de conscience des réactions de personnage sont au cœur de sa démarche. Le principal élève de Stanislavski, Vakhtangov s'appuie également sur les techniques intérieures et accorde une place première à l'acteur.

Dans le deuxième quart du XX^e siècle, plusieurs acteurs français subissent l'influence de Stanislavski. Moreno place d'ailleurs Stanislavski au rang de ses précurseurs. Dans sa lignée, l'Éducation par le jeu dramatique (EPJD) est fondée en 1941, à Paris, par six metteurs en scène.⁹² Vsevolod Meyerhold à la même époque développe une technique corporelle autour de la biomécanique et se détache ainsi des aspects psychologiques promus par Stanislavski. Pour

⁹¹ GROSSMAN Evelyne, «Antonin Artaud, en finir avec l'enfermement. », Les chemins de la philosophie, Paris, France Culture, 2018.

⁹² ANZIEU Didier, « Les débuts du psychodrame en France (1946-1972) », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 1, n° 56, 26 juin 2011, p. 9-24.

autant, Meyerhold propose aux acteurs de se détacher de leur rôle pour commenter le jeu. On peut voir ici les prémices d'une technique largement utilisée dans le psychodrame et dans la distanciation (*Verfremdungseffekt*) promu par Berthold Brecht. Enfin le théâtre laboratoire de Grotowski cherche grâce à des exercices particuliers pour l'acteur un contrôle de son corps jusque dans son inconscient. Ce théâtre pauvre propose de garder uniquement l'acteur et le spectateur. Eugenio Barba est un disciple de ce théâtre essentiellement corporel.

Les recherches de Grotowski sont également importantes en raison du fait que, suivant la lignée holistique d'Artaud, il n'a pas cessé d'associer la pratique théâtrale (ou performative) à ses effets transformateurs et/ou thérapeutiques. Son ambition d'élaborer un théâtre efficace sur le plan psychophysique est présente dès ses premières formulations⁹³.

De la psychanalyse aux thérapeutiques biologiques

Parallèlement aux différentes théories psychologiques de la formation de l'acteur, la psychiatrie commence à se distinguer de l'aliénisme en se rapprochant de la neurologie et de la psychologie, discipline nouvelle. Trois auteurs marquent cette période, Kraepelin et Freud dont j'ai déjà parlé et Eugène Bleuler. Il fournit une vue d'ensemble de la clinique psychanalytique de la schizophrénie. Ensuite Eugénie Sokolnicka constitue autour d'elle un petit groupe de psychiatres se réclamant de la psychanalyse (Raymond de Saussure, René Laforgue, René Allendy, Edouard Pichon). En 1925 ils fondent la revue *L'évolution psychiatrique* qui entend regrouper les travaux psychanalytiques de langue française.

Aux Etats-Unis, Adolf Meyer s'intéresse à la façon dont le malade réagit dans une situation concrète. Tout se passe dans l'intervalle entre le malade et le monde. Des nouvelles tendances se développent alors, le comportementalisme, le culturalisme, la théorie de la communication. Avec le culturalisme, on cherche à comprendre le sujet en fonction de la culture (ensemble des structures sociales dans lequel le sujet est placé et qu'il fait plus ou moins sien par l'éducation). Alors que Freud cherchait à fonder l'expérience sociale sur la psychologie individuelle, l'école culturaliste reprend l'enseignement de George Herbert Mead et cherche à saisir l'expérience individuelle à partir des structures sociales et tout particulièrement familiales.

⁹³ D. Calvert, *Théâtre et neuroscience des émotions, op. cit.*, p.161

L'apport de la neurophysiologie (cartographie des aires du cerveau de Korbinian Brodman neuropsychiatre, encéphalographie gazeuse de Walter Dandy en 1919, découverte de l'électroencéphalographie par Hans Berger en 1929) marque un tournant dans le traitement des patients psychiatriques. Cela se combine avec la découverte de nouvelles thérapeutiques de choc : malariathérapie de Wagner von Jauregge en 1917, le choc insulinique de Manfred Sakel en 1932, le choc convulsivant au cardiazol de Lazlo von Meduna en 1936 et l'électrochoc d'Ugo Cerletti et Lucio Bini en 1938. Enfin la psychochirurgie se développe grâce notamment à Antonio Egas Moniz en 1936 et à Walter Freeman avec la lobotomie préfrontale.

Après la seconde guerre mondiale, plusieurs évolutions vont avoir lieu pour le traitement médicamenteux. C'est une véritable révolution dans la prise en charge des malades mentaux. Plusieurs phases se succèdent dans la découverte de ces médicaments. En 1951 ce sont les neuroleptiques à la base des traitements des psychoses qui voient le jour grâce à Jean Delay, Henri Laborit et Pierre Deniker. L'introduction des neuroleptiques fait baisser l'hospitalisation des patients dans les hôpitaux à partir des années 1960. Les antidépresseurs, médicaments des troubles de l'humeur sont eux découverts en 1957. C'est également à cette époque entre 1955 et 1960 que les tranquillisants sont prescrits pour les troubles anxieux. L'apparition des drogues psychotropes modifie l'image même de la folie. En 1950 le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques s'attache à définir la spécialité psychiatrique par rapport à la neurologie. Celle-ci est concernée par « les altérations de la vie de relation dépendant d'un trouble psychique. »

En pleine seconde guerre mondiale en France, une expérience de transformation de l'institution asilaire est menée à Saint Alban par des pionniers tels que Paul Balvet, François Tosquelles, Lucien Bonnafé, André Chaurand et Franz Fanon. En 1940, François Tosquelle construit à Saint Alban un refuge pour les malades mentaux et s'associe aux patients pour en faire un lieu communautaire⁹⁴. Des clubs sont gérés par les patients, des ateliers d'ergothérapie sont mis en place et des fêtes avec des spectacles sont organisées. C'est également le lieu où l'idée de politique de secteur naît et où est appliquée la psychothérapie institutionnelle.⁹⁵ Jean Oury se forme alors avec Tosquelle et il crée en 1951 la Clinique de la Borde, le modèle de la psychothérapie institutionnelle. Il s'agit pour ce mouvement de la psychiatrie d'avoir conscience des effets mortifères de toute institution en réinjectant de l'humain dans des

⁹⁴ FAUGERAS Patrick et MINARD Michel, « Portrait d'un militant, François Tosquelles », in *Sud/Nord*, n° 1, n° 25, 2010, p. 49-56.

⁹⁵ DELION Pierre, « Hommage à Jean Oury (1924-2014) », in *L'information psychiatrique*, n° 6, Volume 90, 31 juillet 2014, p. 503-505.

relations qui ont tendance à réduire les êtres à leurs fonctions, leurs rôles, leurs stigmates. Ils s'attachent à recréer du lien là où il s'efface derrière d'autres logiques (du chiffre, de la performance, du résultat). Le théâtre et la marionnette sont des activités thérapeutiques phares de la clinique de la Borde. En 1953, Félix Guattari rejoint l'expérience de la Borde avec comme objectifs la formation du collectif, le décloisonnement des aliénés et la création d'un espace potentiel où la psychiatrie peut expérimenter une nouvelle distribution des rôles.⁹⁶ Jacques Besse monte avec des patients et soignants une pièce qui est représentée en 1966 au Palais de Tokyo dans le cadre du séminaire de Jacques Lacan. Roland Dubillard, Jean Jacques Lebel, Judith Malina et Julian Beck sont aussi de la partie dans la FGERI (Fédérations des groupes d'études et de recherches institutionnelles). Jean Baptiste Thierrée, inventeur du nouveau cirque, anime en 1969 un atelier théâtre. Les années 1970 voient alors se développer les multiples inscriptions du théâtre dans les établissements de la psychiatrie. A la clinique de La Borde, on expérimente la généralisation de la psychanalyse à l'ensemble de l'institution et de ses membres. La distinction entre personnel de soin et personnel de service est abolie. Tous les travailleurs, diplômés ou non, deviennent des « moniteurs psychiatriques ». Toute activité peut être thérapeutique, y compris celle qui semblait la plus subalterne. Le but est de lutter contre les phénomènes de rétrécissement du champ conceptuel de la personnalité qui s'ensuivent de la fixation dans un rôle. La perspective d'inspiration marxiste est censée servir la possibilité de se défaire des identifications moïques⁹⁷.

Un mouvement de désinstitutionnalisation s'établit dans le champ de la psychiatrie à partir des années 1960. Tout d'abord, la politique de secteur est créée en France qui permet une prise en charge des patients au plus près de leur domicile. Autour de Georges Daumézon se constitue en 1957 le Groupe de Sèvres. L'objet était d'élaborer en commun les conditions d'un renouveau institutionnel et thérapeutique, notamment par la psychiatrie institutionnelle. Dans cette même période le mouvement antipsychiatrique voit le jour avec Ronald Laing, David Cooper et la loi 180 en Italie en 1978.

En 1968, en France, est mise en application la loi Debré. Les hôpitaux psychiatriques deviennent des hôpitaux généraux et le statut des psychiatres publics s'aligne sur celui des médecins hospitaliers. La politique de secteur entre en application à partir de 1971. En 1976 on

⁹⁶ GARCIN-MARROU Flore, « Portrait de Félix Guattari en auteur dramatique », in *Chimeres*, n° 2, N° 77, 26 novembre 2012, p. 137-148.

⁹⁷ GABARRON-GARCIA Florent, « Le psychiatre, l'infirmier, le fou et la psychanalyse. Pour une histoire populaire de la psychanalyse 2 », in *Actuel Marx*, n° 1, n° 59, 29 mars 2016, p. 26-41.

compte 725 secteurs adultes. On développe aussi l'hospitalisation à temps partiel avec la création de 255 hôpitaux de jour. En 1981 on évalue à près de 5000 le nombre de psychiatres ou neuropsychiatres.⁹⁸

Les systèmes nosographiques se sont développés à l'international, validés par des études nationales de grande ampleur. Le Diagnostic and Statistical Manual reste la valeur de référence et l'OMS a mis en place un système intitulé Classification Internationale des Maladies (CIM). De nouvelles thérapies se sont également développées, la diversification des TCC (thérapie cognitivo-comportementale) et de nouvelles thérapies ont vu le jour. Winnicott par sa théorie de la transitionnalité en 1971 a par exemple ouvert la voie à une nouvelle prise en charge.

Winnicott se présente comme le précurseur des pratiques actuelles de thérapies à médiations, car il a permis d'envisager l'œuvre ou la production comme une possible inscription des mouvements pulsionnels par l'élaboration d'une forme externe liée à un mode d'expression qui engage le corps, dans une dimension visuelle, sonore, tactile ou kinesthésique selon les arts⁹⁹.

La discipline psychiatrique en ce début de XXIème siècle est une discipline médicale qui puise ses origines dans l'histoire de la médecine et la philosophie de la psyché, une discipline qui se développe dans le champ des neurosciences et une discipline à l'interface du médical et du social.

⁹⁸ J. Postel et C. Quételet, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, op. cit.

⁹⁹ A. Brun, B. Chouvier et R. Roussillon, *Manuel des médiations thérapeutiques*, op. cit. P.35

La diversification des ateliers théâtre au XXème et au XXIème siècle

L'utilisation thérapeutique

Le psychodrame

Une étape incontournable transcrite dans tous les ouvrages est la naissance du psychodrame Morénien dès les années 30 avec le « théâtre de la spontanéité ». Pour la première fois l'espace de la psychiatrie est occupé par le théâtre et ses codes pour soigner et créer une psychothérapie nouvelle. En voici une définition proposée par Anne Ancelin Schützenberger, psychodramatiste et disciple française de Jacob Levy Moreno :

Nous avons vu que Moreno définissait le psychodrame en 1945 comme une science qui explore la vérité en la représentant par des méthodes dramatiques, c'est-à-dire par des méthodes d'action, de remise en question, et de mise en situation. On peut aussi définir le psychodrame comme une recherche de la vérité, la sienne et celle d'autrui par un groupe d'êtres humains qui discutent librement de leurs problèmes, les mettent en commun et les jouent en les remettant en question, en se voyant les remettre en question, et en prenant de la distance par rapport à la manière dont ils sont en situation¹⁰⁰.

Cette thérapie de groupe où les patients jouent dans des situations conflictuelles propose aux thérapeutes deux types d'interprétations des problèmes rencontrés par le patient. Une au sens théâtral issue de l'improvisation. L'autre psychanalytique qui révèle potentiellement des résistances dans le jeu issu de conflits psychiques internes mais figurés dans chaque scène¹⁰¹. C'est pour cela que nous pouvons rapprocher cette pratique du théâtre et la lier à la psychiatrie.

En 1946, deux expériences nouvelles dans le domaine de la psychothérapie collective des enfants sont tentées en France : l'une dans le service du professeur Heuyer, à l'Hôpital des enfants malades, et l'autre au Centre psychopédagogique de l'académie de Paris (Centre Claude-Bernard), dont le docteur Juliette Boutonier assure la direction médicale, et Georges Mauco la direction pédagogique. Le psychodrame est venu prendre place, en France, parmi les méthodes de psychothérapie analytique. À côté de ce psychodrame réformé par les

¹⁰⁰ ANCELIN SCHÜTZENBERGER Anne, *Le psychodrame*, Paris, Editions Payot & Rivages, 2008. p.34

¹⁰¹ BAYLE Gérard, « Drama, entre excitations et pulsions », in *Cliniques*, n° 2, N° 12, 1 décembre 2016, p. 82-95.

psychanalystes, se maintient, sans grand succès et sans aboutir à des publications, la tradition du psychodrame orthodoxe, avec scène, public, directeur de jeu et multiples personnages auxiliaires. Patrick Vidoux et Francis Pasche la qualifient de théâtrothérapie. Le premier la pratique à l'hôpital psychiatrique de Ville Evrard (Seine-et-Oise), et y consacre sa thèse de médecine. Le second en poursuit pendant quelque temps l'expérience à l'hôpital Sainte-Anne (Paris), dans le service des femmes à la Clinique des maladies mentales et de l'Encéphale, dirigée par le professeur Delay, qui invite Moreno, assisté d'Anne Ancelin-Schützenberger, à faire une démonstration du psychodrame. Anne-Marie Rocheblave-Spenlé explique dans le numéro 8 du *Cahiers de psychiatrie* en 1952 l'efficacité du jeu dramatique par la notion de rôle. La personnalité est pour elle l'ensemble des rôles joués par l'individu. La névrose consiste en une perturbation de la conduite des rôles. Le névrosé s'enferme dans un petit nombre de rôles rigides, qui ne peuvent répondre à la diversité des situations ; il en refoule d'autres ; il perçoit incorrectement les rôles d'autrui. Le psychodrame fournit des conditions privilégiées où peuvent s'effectuer l'apprentissage de rôles nouveaux et leur ajustement progressif à la réalité.

Le psychodrame se fait, soit avec une personne (psychodrame individuel fait avec une personne et un ou deux thérapeutes, parfois devant un groupe thérapeutique), soit avec un petit groupe de personnes (avec un ou deux thérapeutes, ou moniteurs, avec ou sans assistants-thérapeutes ou Ego-Auxiliaires). Dans le psychodrame individuel, la séance est centrée sur un individu (le héros ou protagoniste principal de l'action), mais devient parfois groupale ou collective (en psychodrame analytique de groupe, tout le monde joue). Le psychodrame classique morénien se fait lui dans le groupe, par le groupe et avec le groupe, l'action thérapeutique et pédagogique étant renforcée par l'action du groupe, par les échos que le vécu, parlé et joué dans le groupe, a suscité chez tous les participants. Le groupe détermine le thème, le psychodramatiste intervient dans le déroulement du jeu et de la séance, qui se focalise sur un individu. Le groupe attentif sert de caisse de résonance. Le psychodrame se décline également avec la sociothérapie. Ce courant naît en France à partir duquel la psychothérapie institutionnelle prend son essor. L'idée est qu'on ne peut espérer guérir des malades mentaux sans modifier l'organisation et le climat hospitaliers. Pour cela, il faut susciter une vie de groupe active et variée à l'hôpital psychiatrique.

On peut faire du psychodrame au niveau de la comédie comme au niveau de la tragédie, du jeu dramatique comme de la psychothérapie la plus profonde : des problèmes personnels avec implication (psychodrame), des relations sociales ou professionnelles (sociodrame), des conflits raciaux (ethnodrame) ou professionnels liés à la situation et au rôle (jeu de rôle

professionnel mimodrame). On joue sans costumes, sans accessoires. Le psychodrame est un outil d'exploration de son attitude face à celle de l'Autre, et de modification de celle-ci, un entraînement à la spontanéité et à la créativité, un moyen de libération des conflits. On s'aperçoit qu'on est pour l'Autre ce que l'Autre veut qu'on soit, et que le rôle de l'un détermine le rôle de l'autre en retour : je suis « comme tu me veux » dit Pirandello. Une patiente de la clinique a rapproché le « Rebirth, jeu de rôle¹⁰² » de la pratique psychodramatiste.

Médiation théâtrale et dramathérapie

En Grande-Bretagne une nouvelle étape est franchie avec la création de la dramathérapie. Les principales figures de cette discipline sont Peter Slade qui propose le terme en 1930, Billy Lindkvist, Sue Jennings et Gordon Wiseman. Doroty Langley, qui décrit avec précision cette discipline, apporte également des éléments sur son contenu :

Les éléments importants de la dramathérapie sont l'utilisation intentionnelle et directionnelle du drame dans le but exprimé d'opérer un changement constructif. L'un des avantages de la dramathérapie est qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de le faire, à part les limites de la confidentialité et les limites communes à toutes les psychothérapies¹⁰³.

La définition de l'art-thérapeute que l'on retrouve dans la revue Atelier Théâtre n°48 ne présente pas exclusivement le dramathérapeute.

L'art-thérapeute, artiste et thérapeute, intervient auprès de personnes en difficulté ou en recherche d'évolution professionnelle. Dans la relation qui s'établit, individuelle ou collective, l'activité créative est utilisée comme moyen et lieu d'échange dans un processus thérapeutique. Selon son domaine d'expression artistique, il est art-thérapeute, musicothérapeute, danse-thérapeute. Il peut exercer à son compte, intervenir dans un établissement de soins, une structure du secteur éducatif ou social, une structure d'accueil spécialisée auprès d'enfants, d'adultes ou de personnes âgées. Quand il est titulaire d'un diplôme d'état des professions paramédicales (professions de soins, professions de rééducation), l'art-thérapeute peut être un fonctionnaire de la fonction publique hospitalière, sans en avoir le titre puisque ce titre n'est pas reconnu en France.

¹⁰² MME MOREAU, « Entretien du 23 mai 2019 ».

¹⁰³ LANGLEY Dorothy M., *An introduction to dramatherapy*, London ; Thousand Oaks, Calif, Sage Publications, « Creative therapies in practice », 2006, 173 p., « The important elements of dramatherapy then are that it is an intentional and directional use of drama with the expressed purpose of effecting constructive change. One of the advantages of dramatherapy is that there is no right or wrong way of doing it, apart from the confines of confidentiality and boundaries common to all psychotherapies. » P.58

En Grande Bretagne, berceau de la dramathérapie, cette profession est reconnue. Les dramathérapeutes ont un titre depuis avril 2003. Des diplômes sont actuellement validés par des universités (Exeter, Plymouth) et les praticiens sont obligés d'être référencés. Dans son ouvrage, *Drama as Therapy*, Phil Jones propose une étude très complète de la notion de dramathérapie. En France, l'INECAT (Institut National d'Expression, de Création, d'Art et Thérapie) et Jean Pierre Klein, restent les références sur ce sujet. La Société Française de Psychopathologie de l'Expression et d'Art-thérapie est également active dans ce domaine.

Il est bon de rappeler ici que ce qui confère la portée thérapeutique à ce type de prise en charge est le cadre contenant offert, comme cela est explicité par Anne Brun dans son ouvrage *Manuel des médiations thérapeutiques*¹⁰⁴. Aguilar a également insisté sur cet aspect des ateliers de dramathérapie qui insiste plus sur le développement personnel.

Ce genre d'approche de la formation, qui rejoint des personnes de tous les niveaux sociaux et des formateurs issus des univers artistiques, éducatifs et thérapeutiques, peut être actualisé par la médiation des nombreuses thérapies nouvelles. Mais on le retrouve aussi chez certains psychopédagogues, par le biais des nouvelles approches centrées sur l'identité professionnelle, et chez les intervenants en développement de la personne. On le retrouve également chez les hommes et les femmes issus du milieu artistique, notamment du théâtre¹⁰⁵.

Aussi, comme le note Patricia Attigui, praticienne et théoricienne de cette médiation, l'acteur est dans une double position : il doit maîtriser son corps en possédant un certain nombre de techniques, et il est obligé de faire avec lui. Si l'instrument est extérieur au corps, il est détachable, on peut jouer faux ou juste, tandis qu'on peut aller jusqu'à dire que le corps, c'est l'acteur, ou comme l'énonce Artaud, que l'acteur est un athlète affectif. C'est donc au niveau d'un registre d'émotions venant irriguer l'ensemble du corps que les praticiens travaillent¹⁰⁶. Le patient sera donc conduit par la médiation théâtrale à réactiver des expériences primitives, inscrites corporellement, qui pourront grâce au jeu théâtral se figurer, se composer en émotions partagées avec les autres patients et le(s) thérapeute(s), voire les spectateurs.

Emile Dars dans les années 1960, alors professeur à l'Ecole Nationale de Musique et d'Art Dramatique de Versailles a développé, avec les psychiatres Jean-Claude Benoit et Laurent

¹⁰⁴ A. Brun, B. Chouvier et R. Roussillon, *Manuel des médiations thérapeutiques*, op. cit.

¹⁰⁵ AGUILAR Luis, « L'univers des activités dramatiques en art, thérapie et éducation », Carnières-Morlanwelz (Belgique), Lansman, 1998.

¹⁰⁶ ATTIGUI Patricia, *Jeu, transfert et psychose : de l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*, Paris, Dunod, 2012.

Stevenin, une méthode d'expression scénique. Le grand principe de cette méthode est d'utiliser les modalités expressives de textes et de rôles convenablement choisis.¹⁰⁷ Il distingue la technique de l'expression scénique dirigée et la théâtrothérapie. Aguilar donne également une définition de la méthode de l'expression scénique :

Entre la création de l'œuvre théâtrale et sa réception par le spectateur, l'acteur est au sein d'une confrontation entre sa personne et le personnage qu'il doit incarner. Or, de plus en plus, l'acteur s'intéresse aux aspects (disons psychologiques) de la création du personnage par sa personne. De cette nouvelle réalité est née une nouvelle approche, l'expression scénique, lorsque l'on se rapporte à la pratique théâtrale, et en thérapie, cette même approche se nomme scénothérapie, deux nouvelles et même réalités dans le croisement de l'art et de la thérapie. L'expression scénique, ou scénothérapie, est née de l'observation de l'influence des rôles interprétés sur la personnalité des comédiens.

Aujourd'hui cette pratique a pratiquement disparu sur le terrain et dans les écrits scientifiques. J'ai retrouvé une mention dans le livre *Les psychothérapies* de Nathalie Sinelnikoff, psychologue et psychothérapeute et dans l'ouvrage *Les usages sociaux du théâtre hors ses murs*. Enfin il est à signaler que cette technique d'expression est basée sur la lecture d'extraits du répertoire théâtral caractéristique d'une émotion. Ainsi nous retrouvons la peur, la joie, l'angoisse... dans différents textes d'auteurs.

Bernard Chouvier, lui, rappelle l'importance à la suite des théories de Donald Winnicott du jeu dans la prise en charge des enfants atteints de troubles mentaux. L'espace intermédiaire qu'offre le jeu, grâce au « *comme si* », permet à « celui qui fait l'acteur de donner à voir au spectateur un personnage fictif incarné par une personne réelle et dont les mots et les impressions sont prises pour vraies sans pour autant être dupe de l'artifice dans lequel ils se déploient¹⁰⁸. » Psychologue clinicien et psychanalyste, Chouvier cite également le concept d'espace fictionnel développé par Attigui, dans son ouvrage *De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique* publié en 2012. De plus, ces deux cliniciens insistent sur les émotions dont l'expression et l'identification sont favorisées par le théâtre. « Le patient est amené par la médiation théâtrale à réactiver des expériences primitives [...] qui pourront grâce au jeu théâtral se figurer, se composer en émotions partagées avec les autres patients et le(s) thérapeute(s),

¹⁰⁷ É. Dars et J.C. Benoit, *L'expression scénique ; psychologie de l'expression, théâtre et psychothérapie*, op. cit. P.26

¹⁰⁸ CHOUVIER Bernard, *Le jeu théâtralisé : une médiation thérapeutique en groupe d'enfants*, Malakoff, Dunod, « Psychothérapies », 2017, vol. 1, 224 p.

voire les spectateurs.¹⁰⁹ » Le travail du personnage mobilise l'empathie et le partage d'affects favorisant l'identification des émotions.

L'utilisation du théâtre par les psychologues dans leur arsenal thérapeutique est donc actuellement prégnante. Chouvier décrit les origines de cette pratique sous différents aspects. Tout d'abord, les rituels des sociétés traditionnelles, en particulier la fête du départ des Katchinas chez les Indiens Hopi, marquent des moments privilégiés pour le groupe qui structurerait l'émergence de l'identité individuelle. On retrouve cette relation entre le groupe et l'individu dans la tragédie grecque antique ou dans le psychodrame Morénien. Un autre article de France Fleury, Micheline Marazzani et Jean-François Saucier, *Le jeu théâtral comme inducteur de changement dans les habiletés sociales* de 2003, se centre également sur cette question du groupe dans le cadre d'un atelier de jeu théâtralisé.

La santé, les jeunes et le théâtre ouvrage de 1992 de la compagnie Théâtre et Co nous décrit le programme que les artistes de cette compagnie ont réalisé pour sensibiliser les jeunes à la santé en utilisant notamment le théâtre forum et cite un passage du Ramayan.

Le théâtre est la représentation du monde entier. On y parle de devoir, de jeux, d'argent, de paix, de rire, de combat, d'amour et de mort. Il apprend le devoir à ceux qui l'ignorent, l'amour à ceux qui y aspirent. Il punit les méchants, augmente la maîtrise de ceux qui sont disciplinés, donne du courage aux lâches, de l'énergie aux héros, de l'intelligence aux faibles d'esprit, de la sagesse aux savants. (...) Le théâtre est une imitation des actions et des conduites des hommes. Il est riche en émotions variées et dépeint différentes situations. Les actions des hommes qu'il rapporte sont bonnes, mauvaises ou indifférentes. Il donne courage, amusement, bonheur et conseil à tous.¹¹⁰

Cette citation du plus ancien traité connu sur les arts du spectacle de l'Inde propose une large description des effets bénéfiques de la pratique théâtrale. De nombreuses qualités peuvent effectivement être prêtées au théâtre. Aussi, l'un des principaux éléments pour distinguer les multiples formes que peut prendre un atelier de pratique théâtrale en service de psychiatrie est l'objectif que son organisateur se donne. Aguilar nous le rappelle :

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ CORDRIE Lorette, *La santé, les jeunes et le théâtre : « Les adorables » un programme de promotion de la santé, production du CFES, création théâtrale de la Compagnie Théâtre & Co, Vanves, Comité français d'éducation pour la santé, 1992, 72 p.*

Au théâtre, les activités dramatiques visent un but esthétique, parce que le théâtre, étant par définition un art, est fait pour être vu ; en thérapie, les activités dramatiques ont pour but la guérison des individus qui y participent, ce qui suppose le possible passage d'un état pathologique à un état dit normal¹¹¹

Le but thérapeutique des activités dramatiques ne se retrouve cependant pas dans tous les ateliers proposés à l'hôpital. Plusieurs dénominations professionnelles sont proposées par la revue *Atelier Théâtre* n°48¹¹² pour identifier l'activité du professionnel venant proposer un atelier de création artistique à la clinique ou l'hôpital. L'intervenant d'activités artistiques en milieu hospitalier est défini comme

Un artiste qui intervient dans un établissement de santé, auprès de personnes hospitalisées, enfants, adultes, personnes âgées, et du personnel soignant. Dans le cadre du projet de développement culturel ou de formation continue de l'établissement, il conçoit, organise ou participe à la mise en œuvre des activités, dans sa ou ses spécialités : musique, danse, théâtre, conte, etc.

Peu d'ouvrages et d'articles ont été écrits sur ce type d'intervention en milieu psychiatrique. Deux autres types de professionnels peuvent également être présents dans les services de soins psychiatriques, l'artiste intervenant qui est dit

« artiste intervenant » lorsqu'on fait appel à lui en sa qualité d'artiste pour une intervention ponctuelle. L'intervenant-artistique conçoit, organise et développe des activités, en accord avec un projet collectif dans sa ou ses spécialités. Il intervient tout en favorisant l'expression, la créativité, la socialisation et l'épanouissement de chacun

Ou l'enseignant d'art dramatique qui

forme les amateurs et oriente des futurs professionnels. Il a une formation spécifique. DE théâtre (Diplôme d'Etat d'enseignement du théâtre) et CA (Certificat d'Aptitude à la fonction de professeur d'enseignement artistique spécialité art dramatique).

Nombreux sont les artistes intervenants (dispositif DRAC ARS, médiations culturelles de compagnies professionnelles...) mais j'ai connaissance d'un seul enseignant d'art dramatique intervenant dans le milieu du soin psychiatrique. Il s'agit d'Emile Dars.

¹¹¹ L. Aguilar, « La médiation théâtrale », art cit.

¹¹² GENTET-RAVSCO Elisabeth, *Atelier théâtre Violence*, Noisy-le-Sec, L'Agapante, 2002.

La création artistique et le théâtre appliqué

Animation socio-culturelle

Autre aspect de l'inscription du théâtre dans les établissements de soins psychiatriques, l'animation socioculturelle. Il faut tout d'abord rappeler la distinction entre l'animation socioculturelle de l'animation culturelle.

L'animation socioculturelle proposera des activités dont l'objet est le processus d'expression des participants. L'animation culturelle partira des œuvres pour proposer une familiarisation, une sensibilisation, une diffusion de l'art. Ces deux domaines se différencient à partir de 1968. Leurs rapports deviennent conflictuels. Cette hostilité évoluera jusqu'aux années quatre-vingt¹¹³.

Aguilar nous en donne, lui, cette définition.

Le troisième champ de la médiation théâtrale est le domaine que nous désignons l'animation socioculturelle. Les activités de ce domaine sont réalisées avec des groupes de personnes issus de milieux hétérogènes. Nous retrouvons dans ce champ les ligues d'improvisation (Ligue nationale d'improvisation-Québec) et toutes les formes qui visent soit l'amusement d'un public, soit l'agitation politique, soit l'animation des lieux publics. Les événements/spectacles de ce champ sont des activités très proches du théâtre, mais qui visent d'autres objectifs que le développement d'un art ou d'une esthétique. Ses objectifs sont ailleurs : dans la politique, par exemple, ou dans la didactique. Ce sont des activités dramatiques qui se pratiquent comme une fin en soi ou qui se centrent plus sur le processus que sur la production. Vu qu'elles prennent place dans un contexte ludique, nous ne pouvons également considérer ces approches comme des approches thérapeutiques. Même le psychodrame public, nous l'incluons dans le domaine de l'animation socioculturelle car son objectif de diffusion de la méthode vise plus la démonstration que la thérapie¹¹⁴.

Le terme d'animation socioculturelle peut donc regrouper de nombreuses activités théâtrales. Non loin de l'animation socioculturelle, nous retrouvons les ateliers de théâtre « militant ».

Théâtre d'intervention, théâtre action, théâtre appliqué

Le théâtre d'intervention et le théâtre engagé sont des formes de théâtre militantes qui se sont inscrites après leurs origines politiques dans une vocation thérapeutique. Francis

¹¹³ ABIRACHED Robert, *La décentralisation théâtrale.*, Arles, Actes Sud, 2005. P.31

¹¹⁴ L. Aguilar, « La médiation théâtrale », art cit.

Ducharme rappelle leurs origines. « L'Agit-prop est une forme de propagande utilisant des signes simplifiés du langage théâtral qui s'est développée avec le mouvement communiste en Russie, puis en Occident, notamment en France, autour de 1917 à 1932 ¹¹⁵. » La définition et l'historique de ce type de théâtre sont repris par Robert Abirached.

Sur le versant social, des expériences de création seront tentées pour nourrir la création de rapports vivants et d'échanges avec des groupes sociaux. Certains événements artistiques consisteront en l'intervention artistique directe de travailleurs, tandis que le « théâtre d'intervention », issu de l'agit-prop, retrouve une grande vigueur. Ainsi Augusto Boal propose dans des lieux de vie quotidienne des situations dramatiques semi-improvisées visant la prise de conscience par les spectateurs de leur situation sociale¹¹⁶.

Augusto Boal est le créateur de la méthode du Théâtre de l'Opprimé. Il crée en 1978 le Centre d'étude et de diffusion des techniques actives d'expression à Paris. Dans ses multiples ouvrages et stages, il développe le théâtre image, le théâtre invisible, le théâtre forum... Dans un entretien de 1982 avec Louis Cartier, il confirme que ses techniques sont utilisées par des psychiatres dans le cadre de thérapie. Il rappelle dans cet entretien l'essence même du théâtre de l'Opprimé : « l'essentiel est donc de transformer le spectateur en acteur et cet acteur dans le théâtre doit devenir acteur dans sa vie¹¹⁷. » Aguilar présente également Augusto Boal au regard de sa pratique thérapeutique.

Boal, avec qui nous avons travaillé au Portugal, est un très bon exemple du dialogue entre les univers de la thérapie, du théâtre et de l'éducation, à partir d'interventions dans la formation de la personne. En effet, Boal, qui a longtemps évacué la thérapie de ses pratiques, ou les effets thérapeutiques de ses approches en théâtre de l'opprimé, écrit aujourd'hui dans un livre dont le titre est déjà significatif (Méthode Boal de théâtre et de thérapie): le théâtre est une thérapie dans laquelle on entre corps et âme, soma et psyché¹¹⁸.

Le théâtre appliqué ou applied theatre est une dénomination qui regroupe depuis la fin du XXème siècle de nombreuses pratiques décrites ci-dessus. Pour James Thompson, « Le théâtre appliqué est un théâtre participatif créé pour des gens qui ne font généralement pas de théâtre. C'est, je l'espère, une pratique par, avec et pour les exclus et les marginalisés¹¹⁹. » Cette

¹¹⁵ DUCHARME Francis, « Distinguer le théâtre d'intervention du théâtre engagé », vol. 109, 2009, vol. 109.

¹¹⁶ R. Abirached, *La décentralisation théâtrale.*, op. cit. P.35

¹¹⁷ CARTIER Louis, « Le Théâtre de l'opprimé : stop ! Ce n'est pas magique... Entretien avec Augusto Boal », in *Jeu : Revue de théâtre*, n° 27, 1983, p. 28-37. P.37

¹¹⁸ L. Aguilar, « La médiation théâtrale », art cit. p.40

¹¹⁹ THOMPSON James, *Applied Theatre: Bewilderment and Beyond*, s.l., Peter Lang Publishing Group, 2012. « Applied theatre is a participatory theatre created by people who would not usually make theatre. It is, I would hope, a practice by, with and for the excluded and marginalised »

définition regroupe donc nombreux types d'ateliers que nous avons décrits plus haut. D'autres auteurs anglais ont décrit ce théâtre. Parmi eux Judith Ackroyd qui a identifié deux caractéristiques « une intention de générer du changement (de prise de conscience, d'attitude, de comportement, etc.), et la participation du public¹²⁰. » Un Honours Degree spécialisé dans ce domaine est proposé par la London South Bank University. On peut également citer ici l'article *Applied theatre : performing the future* d'Andrea Baldwin de 2009. Il s'agit d'une étude sur la pratique du théâtre dans les communautés autochtones. Ce type de théâtre est encore peu étudié et théorisé en France.

¹²⁰ ACKROYD Judith, *Applied Theatre: Problems and Possibilities*, Londres, Applied Theatre Researcher, 2000. « Two features which I believe to be central to our understanding of applied theatre; an intention to generate change (of awareness, attitude, behaviour, etc), and the participation of the audience »

Chapitre 2 : Etat de l'art

De nombreux chercheurs se sont intéressés au cours des dernières décennies à la diversité des expériences théâtrales avec des patients ayant des troubles psychiques. De très nombreuses études ont été conduites dans différents domaines (anthropologie, psychiatrie, psychologie, ergothérapie). Seules quelques-unes concernent la discipline sociologique. Je vais ici les présenter.

Questionner l'inscription de l'activité théâtrale dans les services de psychiatrie oblige aussi de s'appuyer sur les travaux liés à l'activité théâtrale en tant que telle autour des notions développées en socio-anthropologie théâtrale et en ethnoscénologie. Il faut aussi se questionner sur l'univers particulier de la psychiatrie. Je m'appuierai là encore sur les principaux travaux français en sociologie sur ces deux secteurs particuliers, ils sont nombreux.

Enfin, la sociologie des professions doit également être évoquée puisque je vais m'attacher à décrire et analyser des groupes professionnels particuliers. Les recherches sur les intervenants théâtre en psychiatrie, aussi divers soient-ils, sont très rares en sociologie. J'ai donc dû chercher des points de comparaison avec d'autres études menées sur les professionnels des univers hospitaliers et théâtraux.

Théâtre et santé mentale

Travaux en sociologie

Typologie des pratiques

La sociologie du théâtre a produit quelques travaux sur les différentes formes d'ateliers de pratiques et créations théâtrales dans les établissements psychiatriques. Il s'agit de typologies et de divers travaux sur des techniques particulières (sociodrame, psychodrame, création artistique en milieu de soins).

Ainsi, le sociologue Louis Aguilar a effectué une classification¹²¹ et étudié la multiplicité des activités théâtrales. Dans son article sur l'univers des activités dramatiques en art, thérapie et éducation, Aguilar apporte des éclairages sur la distinction du type d'atelier et propose un projet pour les chercheurs et sociologues : clarifier le sens de l'approche des différentes pratiques, leurs fondements, leurs objectifs et leurs méthodes. Lui-même offre les premières réponses à ce vaste projet de réflexion autour des multiples formes de médiations théâtrales en abordant les différentes approches mêlant théâtre, soins psychiatriques, animation socioculturelle et éducation. C'est un texte fondateur pour ma recherche. Roger Deldime, sociologue du théâtre, partage l'objectif d'Aguilar dans la fin du XXème siècle de classification et de cartographie des médiations théâtrales. Il n'abordera cependant jamais spécifiquement le théâtre en psychiatrie et se limitera au lien entre théâtre et éducation et à la psychopédagogie liée à la pratique théâtrale.

Aguilar donne quelques détails sur le mariage entre théâtre et thérapie. Il indique que le psychiatre aura toujours le dernier mot dans un projet s'insérant dans un service de psychiatrie. Il donne des définitions du psychodrame, première discipline apparue dans ce champ « Le psychodrame est une méthode thérapeutique qui propose une mise en scène dans laquelle une personne exprime son drame personnel. [...] Le patient joue ses propres conflits, à l'aide d'acteurs, que Moreno appelle ego-auxiliaires, devant un public qui, de son côté, va l'aider à analyser ce qui s'est passé dans la scène improvisée¹²². »

¹²¹ L. Aguilar, « La médiation théâtrale », art cit. P.19

¹²² *Ibid.*

Il rappelle aussi que « la ligne de partage entre le psychodrame et le théâtre est nette¹²³. »

Jean Duvignaud dans *les Ombres collectives*, propose également un éclairage sur le psychodrame morénien autour de la notion de rôle. Il présente la démarche de Jacob Levy Moreno : « partant des éléments les plus simples qu'il appelle « les atomes sociaux », J.L. Moréno examine les relations interpersonnelles et les mentalités privées (psychodrames), les relations entre les groupes et leurs mentalités (sociodrame)¹²⁴. » Il faut dire que les théories de Moreno, à la fois psychiatre et sociologue, sont à la fois assez uniques et essentielles dans la compréhension de la démarche thérapeutique liant théâtre et soins psychiatriques. Une des spécialistes françaises du psychodrame et du sociodrame, Anne Ancelin Schützenberger, élève de Moreno, a permis le développement de cette pratique en France et a publié une littérature conséquente sur le sujet.

D'autres pratiques sont listées par Aguilar, la scénothérapie ou expression scénique qui est née de l'observation de l'influence des rôles interprétés sur la personnalité des comédiens, l'expression dramatique, démarche en vue du développement de la personne, avec en particulier les propositions d'Augusto Boal. Aussi, il parle de l'animation socio-culturelle comme activités dramatiques qui se pratiquent comme une fin en soi ou qui se centrent plus sur le processus que sur la production dans une visée politique. Il est cependant sommaire et n'aborde pas toutes les spécificités de l'inscription de la pratique théâtrale en psychiatrie et ne parle pas de la dramathérapie pourtant pratiquée déjà à son époque en Grande Bretagne.

D'autres auteurs reviennent également sur les multiples catégories d'ateliers où le théâtre est au cœur de la pratique, je pense ici aux auteurs de la Revue *Atelier-Théâtre n°48*¹²⁵. Ces derniers proposent un rapide tour d'horizon des différents types d'ateliers qui peuvent être proposés à des patients en service de psychiatrie sans insister sur le contenu même des ateliers.

Bernard Balzani, sociologue de l'Université de Lorraine, a lui étudié un atelier de sociodrame en collaboration avec Georgette Kainz, chef de service éducatif, et Jean-Pierre Vidit, psychologue clinicien. Cette pratique est présentée ici comme une technique de jeu scénique groupal « proche du jeu de rôle qui consiste à créer une situation sociale fictive inventée par les participants et qui est ensuite mise en scène par le biais de personnages définis

¹²³ *Ibid.*

¹²⁴ DUVIGNAUD Jean, *Les ombres collectives. Sociologie du théâtre.*, Paris, Presses universitaires de France, 1973. P.56

¹²⁵ E. Gentet-Ravasco, *Atelier théâtre Violence, op. cit.*

à partir du scénario ¹²⁶ ». Cet ouvrage détaille très précisément un atelier de sociodrame monté dans le cadre de la prise en charge de jeunes au sein de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. La démarche est pluridisciplinaire, entre psychologie, sociologie et science de l'éducation et relate une expérience de supervision. C'est à ma connaissance le seul ouvrage cosigné par un sociologue qui relate aussi finement une expérience de ce type. On retrouve un article relatant cette expérience dans l'ouvrage dirigé par Jérôme Dubois¹²⁷.

C'est peu et il faut bien reconnaître que la pratique du théâtre en psychiatrie n'a été que très peu analysée et étudiée en sociologie.

Etudes des politiques culturelles

La création artistique au sens large dans les établissements de soins commence quant à elle à être investiguée par les sociologues. Françoise Liot, Sarah Montero et Chloe Langeard travaillent notamment sur le dispositif Culture et Santé. Ces chercheuses s'intéressent à l'influence que ce type de projets a sur les pratiques artistiques et de soins. L'hypothèse défendue est que les deux secteurs (celui du soin et celui de l'art) quand ils collaborent se modifient mutuellement dans leurs organisations et leurs pratiques. Cette recherche questionne également les conditions de reconnaissance de la pratique artistique dans ce milieu particulier, celui de la santé. L'enjeu est aussi de comprendre ce que produit l'art à l'hôpital. Il s'agit d'une étude spécifique au dispositif Culture et Santé qui sert à lever le voile sur des aspects essentiels de la question de l'inscription de l'art dans le secteur du soin. Quelles sont les organisations, les pratiques et les relations entre les différents acteurs qui en découlent ? Aborder ces questions en se concentrant uniquement sur le théâtre en psychiatrie me permet d'approfondir les aspects particuliers de cette pratique dans ce secteur.

Se concentrer sur le théâtre en psychiatrie trouve, de plus, une justification dans le nombre d'activités liant théâtre et santé mentale au regard des autres projets soutenus par les pouvoirs publics. Le partenariat qui lie l'ARS et la DRAC en Île-de-France a fêté en 2020 ses 15 ans. Un rapport sur ces 15 années de Culture et Santé en Île-de-France apporte quelques données chiffrées. Le théâtre et la psychiatrie sont présentés comme les partenaires clés de ce dispositif. Depuis 2005, 44% des établissements concernés par les activités artistiques Culture

¹²⁶ VIDIT Jean-Pierre, BALZANI Bernard et KAINZ Georgette, *Du jeu et des délinquants*, Louvain, De Boeck Supérieur, 2002.

¹²⁷ J. Dubois, *Les usages sociaux du théâtre hors ses murs*, op. cit. P.181 à 199

et Santé se déroulent dans des établissements de la psychiatrie et 52% des activités concernent le domaine théâtral. De l'aveu même d'une responsable du dispositif dans une ARS, « les projets liant théâtre et psychiatrie ont toujours été les plus nombreux ¹²⁸. » Aucune recherche en sociologie n'a pourtant été ciblée sur cette liaison.

Mylène Costes, dans sa thèse ¹²⁹, reprend également les effets de l'intervention artistique, des ateliers dans les établissements psychiatriques. Elle indique aussi les évolutions de ces politiques culturelles. C'est une source très intéressante dans le cadre de mon travail et de nombreux éléments discutés ici sont tirés de ce travail doctoral. L'atelier culturel a une grande place dans toutes les conventions régionales de Culture et Santé. A partir des travaux de Goffman elle pose l'hypothèse que « l'atelier culturel permet l'instauration d'un autre « cadre d'expérience » dans l'enceinte hospitalière, conduisant lui-même à une modification des « faces chez les participants ¹³⁰. »

Enfin, il faut signaler le travail de Gilles Herreros et Bruno Milly toujours autour du dispositif Culture et Santé ¹³¹. En étudiant les différents acteurs et les ambitions de chacun, ils proposent une analyse très fine du dispositif issu de la convention entre les Ministères de la Santé et de la Culture. Cette étude, comme les deux autres citées ci-dessus, s'intéressent principalement à la politique culturelle.

Travaux en arts du spectacle, témoignages de comédiens

Recherche sur la liaison entre théâtre et soins

La recherche dans les arts du spectacle n'est quant à elle pas en reste lorsque l'on aborde les questions du soin et de la thérapie.

Pauline Bouchet et Ariane Salignat à l'Université de Grenoble-Alpes étudient l'impact de la pratique des arts de la scène sur le corps soigné et le corps soignant en particulier dans les

¹²⁸ MME PORTE, « Entretien du 31 janvier 2018 ». Les noms ont été modifiés pour préserver l'anonymat des personnes

¹²⁹ COSTES Mylène, *Atelier culturel et hôpital psychiatrique : enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme « Culture à l'hôpital »*, Thèse de doctorat, Avignon, 2010.

¹³⁰ M. Costes, *Atelier culturel et hôpital psychiatrique*, op. cit. P.12

¹³¹ HERREROS Gilles et MILLY Bruno, *Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation.*, Université Lumière Lyon 2 – Laboratoire MODYS (Mondes et Dynamiques des Sociétés) – Institut de Recherche sur le Changement dans les Organisations, 2009.

services d'Oncologie et avec des personnes atteintes d'Alzheimer. Elles s'appuient en particulier sur l'expressivité des corps sur la scène. L'expression et les émotions de patients atteints de la maladie de Parkinson pratiquant le théâtre ont également été étudiées par Dorys Calvert, docteur en études théâtrales¹³². En se basant sur des expérimentations réalisées en laboratoire de neuroscience elle démontre le bénéfice de l'utilisation du théâtre dans la prise en charge de cette maladie. Toujours auprès d'un public de personnes âgées, la thèse de Fanny Tuchowski soutenue en 2018 sur le DAPPA (Dispositifs Artistiques Pour Personnes Agées fragiles) a été réalisée dans le Laboratoire Lettres, Langages et Arts (LLA CREATIS) de l'Université Toulouse Jean Jaurès. En association avec le Gérontopole de Toulouse, cette chercheuse en art du spectacle a étudié les relations qui se tissent tout au long d'un projet Culture et Santé entre les artistes et les patients et les bénéfices que ces derniers pouvaient tirer d'une participation à un tel projet. Cette recherche s'inscrit dans une thématique plus large du laboratoire sur le théâtre appliqué. Cette dénomination couvre de multiples domaines et de nombreux secteurs où le théâtre est pratiqué.

Théâtre action, un théâtre à vocation sociale

Le théâtre action, surtout développé en Belgique, est une des catégories du théâtre appliqué. En 2010, une rencontre a eu lieu sur la thématique Théâtre Action et Champ psychiatrique. Elle fut organisée par l'association Culture et Démocratie, association importante en Belgique sur la liaison entre pratique artistique et droits culturels. L'art thérapie est présenté comme une pratique ne permettant pas d'atteindre la création artistique au sens pur et les auteurs, en particulier Paul Biot, responsable du Centre théâtre Action à Bruxelles et Jean Florence, psychanalyste et chercheur au Centre d'études théâtrales de l'Université catholique de Louvain, promeuvent des pratiques théâtrales non thérapeutiques. En s'appuyant sur les présentations d'ateliers menés par le Théâtre Arcane dirigé par Michel Bijon à l'Hôpital Valvert à Marseille, par la compagnie espagnole Locos por el teatro dirigé par Alberto Celdran et par Les Acteurs de l'Ombre en Belgique l'option choisie est de :

Faire jouer pleinement les ressorts propres au théâtre lui-même en tant que recherche artistique étroitement liée à la liberté d'agir et de transformer les personnes désireuses de changement et les réalités sociales, en particulier celles qui aliènent, dépersonnalisent, isolent et poussent les personnes au retrait, à la révolte impuissante ou au désespoir. Ce choix implique une réflexion sur la dimension forcément

¹³² CALVERT Dorys, *Théâtre et neuroscience des émotions*, Paris, L'Harmattan, 2016.

politique de l'action théâtrale indissociable d'une réflexion sur la dimension politique de ce que notre époque appelle maladie mentale¹³³.

Nicolas Dauby, psychiatre, participant également à cette rencontre, propose dans la même veine que l'art ne soit pas forcément thérapeutique et qu'il doit maintenir 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. Cette association Belge, Culture et Démocratie, propose aussi des témoignages d'artistes, en particulier grâce à des restitutions vidéo. Par exemple en 2014, l'association a produit *L'artiste dans les milieux de soins, une cartographie* d'Isabelle Rey où l'on suit des artistes dans leurs interventions.

Témoignages et captations de travaux d'artistes

Des témoignages vidéo ou des récits d'intervenants sont nombreux depuis les années 1980. L'association Entractes du Centre Hospitalier psychiatrique Montperrin créée en 1983 à l'initiative d'une équipe hospitalière et d'artistes, propose ainsi des restitutions également sous formes de reportage filmique ou de récits d'artistes ayant participé dans le cadre de résidence à l'organisation d'ateliers et témoignant de leurs pratiques. On retrouve ce type de témoignages à la Ferme du Vinatier, à l'association Les Murs d'Aurelle de l'hôpital de La Colombière ou à l'association Itinéraires singuliers. L'ensemble de ces témoignages n'a pas fait l'objet de publication spécifique. Un autre documentaire *La moindre des choses* de Nicolas Philibert de 1997, tourné à la Clinique de la Borde, permet d'entrer dans le détail de la mise en place d'un atelier. Il décrit la vie à la Clinique fondée par Jean Oury durant les répétitions de la création d'une pièce de théâtre et la réalisation de la représentation. Le comédien Henri Cachia a également écrit un ouvrage sur les ateliers théâtre de la Borde qui aboutissaient à un spectacle annuel le 15 août¹³⁴. Ces expériences sont diverses et montrent l'importance de la psychothérapie institutionnelle dans le développement de l'activité théâtrale en institution psychiatrique.

D'autres comédiens ont encore décrit les ateliers qu'ils menaient dans les établissements psychiatriques. On pense ici à Bruno Boussagol, comédien et psychanalyste qui, dans un article,

¹³³ FLORENCE Jean et BIOT Paul, « Théâtre Action et Champ psychiatrique », Belgique, Culture et Démocratie, 2010.

¹³⁴ CACHIA Henri, OURY-PULLIERO Yannick et CAUSSANEL René, *Jouer à La Borde : théâtre en psychiatrie*, Saint-Georges-d'Oléron, Les Éditions libertaires, 2015.

relate son expérience de plus de vingt ans dans la conduite d'un atelier en pédopsychiatrie, ou encore Patrick Franquet, comédien et psychiatre, qui dans un documentaire relate le déroulement de la restitution d'un projet autour de la Divine Comédie de Dante de sa compagnie Le Théâtre du Reflet, intégrant des patients en 2015. Il faut aussi ici signaler le festival Art et déchirure de Rouen qui programme tous les deux ans les travaux de compagnies travaillant dans les secteurs psychiatriques. D'autres associations proposent des récits de comédiens intervenants, il s'agit de l'Observatoire de la diversité et des droits culturels, de l'Observatoire de la Médiation culturelle dans le Champ Social, de l'association Culture du Cœur et du Réseau Culture 21. Tous ces organismes militent pour une inscription plus large d'activités artistiques dans les établissements psychiatriques. Là encore ils n'ont pas fait l'objet de publications spécifiques.

A travers ces multiples témoignages, on découvre les propositions faites aux patients mais on ne sait rien sur les comédiens et les intervenants qui travaillent dans le secteur du soin et mettent en place ces ateliers, notamment sur leurs motivations, leur formation et leurs difficultés. De plus, ces documents, dont les contenus recèlent un savoir social spécifique et rare, sont conçus à l'initiative d'organismes associatifs ou de praticiens isolés qui n'ont pas les outils ni les compétences pour proposer une étude sociologique. Ce sont des documents de vulgarisation, de médiatisation, dont le but est de faire connaître leurs pratiques spécialisées, de partager leurs expériences notamment auprès de leurs collègues, et au-delà auprès d'un public plus large, voire du grand public, pour une meilleure perception de leurs métiers et champs d'expertise. Il n'empêche, leur regard et le langage qu'ils déploient au sein de leur pratique constituent une manne pour le sociologue.

Psychiatrie, psychanalyse, psychologie et dramathérapie

La recherche en psychiatrie

D'autres disciplines scientifiques ont investi ce champ d'étude. Certains soignants (psychiatre, psychologue, infirmier, éducateur spécialisé...) proposent un regard réflexif sur leurs pratiques. Tout d'abord de nombreux médecins psychiatres ont écrit sur la pratique du théâtre avec des patients en psychiatrie.

Le plus proluxe est sans doute Jean Boustra, psychiatre et psychanalyste, qui s'est intéressé à l'art, l'expression et le soin psychiatrique. En 1975 il est à l'origine de la création

d'ateliers de pratiques artistiques et de l'Institut de Recherche Animation Expression (I.R.A.E.). Il est aussi créateur du Théâtre de l'Agora en 1988. Cette troupe associe des soignants, des patients et des citoyens¹³⁵ sur le modèle du Théâtre Aloïse créé en 1981 à Orléans par Roger Gentis, lui aussi psychiatre. Ce dernier souhaite à l'époque ouvrir la psychiatrie sur l'extérieur notamment avec des lieux intermédiaires pour proposer des espaces de transition aux patients. Jean Broustra et Roger Gentis sont les psychiatres ayant apporté, par leurs pratiques et leurs écrits, le plus à la connaissance sur la liaison entre théâtre et psychiatrie. Ils décrivent les possibilités de l'activité théâtrale et son utilisation dans les services de psychiatrie. Ils sont de fervents défenseurs de ce type d'activité tout en restant à distance de la dramathérapie ou de la théâtrothérapie. La lecture de leurs ouvrages m'a apporté des éléments de compréhension majeurs dans les aspects théoriques. Les échanges que j'ai pu avoir avec Mr Broustra m'ont permis de mieux cerner les différentes approches dans l'utilisation du théâtre à des fins thérapeutiques.

L'association Scène Ouverte créée en 2006 poursuit l'entreprise de Broustra et Gentis d'améliorer la connaissance sur la liaison théâtre et psychiatrie. Jean Pierre Martin, cadre de santé en psychiatrie, a écrit un article sur cette association et rappelle son but : « gérer et promouvoir des moyens d'action visant la réhabilitation sociale des personnes en difficultés psychiques par le biais d'activités artistiques¹³⁶. » Son travail constitue un premier éclairage, important, par un observateur privilégié, issu du milieu médical et propose un témoignage essentiel, sur les ateliers théâtres menés par le milieu associatif.

Je peux ici également citer la thèse de Martine Bourlier écrite en 1985 qui s'intitule *L'apport du théâtre en psychiatrie : considérations à partir d'une expérience d'atelier « Théâtre » en hôpital de jour*. Elle relate dans son travail de fin d'étude pour obtenir le titre de psychiatre son expérience qu'elle a menée auprès de patients pris en charge en Hôpital De Jour. Sa thèse se consacre principalement à une description des séances de l'atelier mis en perspective par les avantages que procurerait une telle pratique auprès des malades. Je peux également évoquer Emile Dars qui dans son livre de 1964 présente la méthode de *L'expression scénique* qu'il a créée avec les psychiatres Jean-Claude Benoit et Laurent Stevenin. Une autre méthode est décrite dans la thèse de médecine *La psychothérapie par le théâtre : Le soi et ses personnages* de Françoise Lelong publiée en 1985. Cette psychiatre a utilisé une technique

¹³⁵ BROUSTRA Jean et GENTIS Roger, *L'expression : psychothérapie et création*, Paris, ESF, 1996.

¹³⁶ MARTIN Jean-Pierre, *Psychiatrie dans la ville*, Paris, ERES, 2000.

s'apparentant à la formation de l'acteur selon Constantin Stanislavski et Jerzy Grotowski, dans une visée spécifiquement psychothérapique sans projet de réalisation spectaculaire. Le groupe fonctionnait comme un moment et un endroit privilégié d'élaboration expressive. Il ne s'agit pas d'art dramatique car la finalité n'est ni publique, ni esthétique. Il s'agit d'un groupe « théâtre » particulier. Acteur, auteur et spectateur sont bien réunis mais dans des limites très précises : l'acteur est au moins co-auteur et le seul spectateur autorisé est l'animateur ou le participant. La finalité du groupe est l'expérimentation des capacités gestuelles dans un but thérapeutique. Le moyen est inspiré des techniques du travail de l'acteur, comprenant un entraînement et des improvisations. Les troubles de la sémantique liés à une pathologie neurologique et l'absence de coopération du patient sont posées comme des limites pour la participation à un tel atelier. L'auteur décrit l'expérience personnelle qu'elle a pu mener durant une année à la clinique du Nivolet.

Si représentation et personnage sont les termes communs du théâtre et de la psychiatrie, ils sont pour nous les clés du processus thérapeutique d'une pratique du théâtre par des patients psychiatriques. C'est du moins à cela que nous avons limité notre étude car les processus seraient en fait multiples. L'expression est une notion adjacente à celle de représentation puisqu'elle apparaît comme une manifestation objectivable et signifiante d'un contenu psychique. L'expressivité, en tant que moyen peut être re-développée, pas seulement dans une optique immédiate de travail par la représentation, mais aussi en tant que telle, pour accéder à l'« expression créatrice ».¹³⁷

L'idée centrale ici est donc bien de développer des processus pour améliorer la communication des patients.

Une autre thèse plus récente d'Anne Cécile Bonhotal publiée en 2009¹³⁸ décrit une technique ayant les mêmes objectifs dans un CMP en pédopsychiatrie. Là encore c'est une approche purement médicale qui relève cependant un intérêt pour moi dans la compréhension des différentes formes d'organisation et de pratique du théâtre en service de santé mentale.

Un ouvrage d'importance¹³⁹ rédigé par Jean Luc Sudres psychologue et docteur en psychopathologie, Pierre Moron psychiatre et Guy Roux neuropsychiatre, synthétise les grandes données cliniques et décrit la mise en place pratique de l'art-thérapie, en fonction tout

¹³⁷ LELONG Françoise, *Psychothérapie par le théâtre : Le soi et le personnage. A propos de l'expérience d'un groupe d'expression dramatique*, Université de Clermont I, 1985

¹³⁸ BONHOTAL Anne-cécile, *L'atelier au C.M.P. : entraînement des compétences pragmatiques au moyen de techniques théâtrales chez des enfants suivis en pédopsychiatrie*, 2009

¹³⁹ MORON Pierre, SUDRES Jean-Luc et ROUX Pierre, *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*, Paris, Elsevier Masson, 2009.

d'abord de l'âge du patient puis des modalités d'art-thérapie choisies (dessin, danse, musique, théâtre...). La dramathérapie est abordée dans le cadre de prise en charge de patients en pédopsychiatrie. Ces auteurs avaient deux ans auparavant établi un portrait de l'art-thérapeute français. L'art thérapie à dominance théâtre n'est cependant pas spécifiquement étudié dans cette recherche.

L'article de Sophie Colard et Luc Godard¹⁴⁰ publié en 2005 se centre lui principalement sur la théâtre-thérapie. Cette thérapie constitue pour ces médecins un outil intéressant dans le processus de réinsertion et de réadaptation du patient psychiatrique. Albert Gabrieleff, psychiatre, a lui publié un ouvrage sur la théâtrothérapie¹⁴¹. Il définit cette discipline et décrit des cas de patients dans son ouvrage qui là encore aide à la précision de la typologie que je souhaite établir.

La recherche en psychologie

En psychologie, le jeu théâtralisé, activité culturelle à vocation thérapeutique, est décrit par Bernard Chouvier, psychologue, dans son ouvrage *Le jeu théâtralisé. Une médiation thérapeutique en groupe d'enfants*. Publié en 2017, cet ouvrage récent explique une technique particulière de thérapie par le médium théâtre. La Revue Santé Mentale N° 154 publiée en 2011 rassemble plusieurs articles de chercheurs en psychologie dans un dossier Théâtre et psychiatrie. Un article de Patricia Attigui présente également le jeu théâtral. Cette professeure de psychopathologie et de psychologie clinique a également publié un ouvrage décrivant la médiation thérapeutique théâtrale et les processus de symbolisation qui en découlent¹⁴². Cette recherche sur les processus psychiques qui font suite à la pratique du théâtre est reprise par une autre psychologue, Tamara Guenoun. Elle cherche à élaborer une échelle d'évaluation qui m'a paru ici intéressante de citer et que j'étudierai précisément dans le dernier chapitre :

L'objectif de cette recherche est ainsi de forger une évaluation qualitative de la médiation thérapeutique par le théâtre, en cernant moins une efficacité absolue de ce dispositif que les processus psychiques qui y ont cours. Il s'agit de créer un outil de repérage psychodynamique de ce dispositif

¹⁴⁰ GODARD Luc et COLARD Sophie, « Apport de la théâtre-thérapie dans la prise en charge globale du patient au sein d'un hôpital de jour », in *Revue des hôpitaux de jour*, n° 7, 2005, p. 143-148.

¹⁴¹ GABRIELEFF Albert, *Théâtrothérapie: expérience de théâtre thérapeutique au sein d'un hôpital psychiatrique*, Paris, L'Harmattan, 2013, 137 p.

¹⁴² ATTIGUI Patricia, *Jeu, transfert et psychose : de l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*, Paris, Dunod, 2012.

clinique pour se forger un support aidant à penser ce qui se joue pour les patients au sein de ces séances, et ainsi permettant une réflexion sur la pratique au sein du dispositif.

Elle utilise des méthodes similaires à la recherche sociologique (entretien avec des patients, observation de séance). Cette étude menée auprès de 140 adolescents concerne autant les établissements sanitaires que les établissements du médico-social. A l'issue de cette série d'entretiens et d'observation d'ateliers de dramathérapie, il apparaît que la dramathérapie sollicite les adolescents : premièrement sur la dimension groupale, deuxièmement sur le travail corporel et sensoriel, troisièmement sur la question du regard, aussi bien regarder qu'être regardé et enfin, quatrièmement, sur le travail du rôle et du personnage.

Cette thématique de l'évaluation de la médiation thérapeutique artistique se retrouve dans les travaux d'Anne Brun, en particulier dans son article Théâtre et langage du corps¹⁴³. Elle cherche à établir une théorie générale des dispositifs à médiation et de proposer des modalités d'évaluation qualitative, en particulier grâce à la corporalité, de ces dispositifs de psychothérapies psychanalytiques, dans un cadre individuel, groupal ou institutionnel. Un autre chercheur du Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique de l'université Lyon 2, Eric Jacquet, s'attache lui à explorer le champ du psychodrame de groupe et des médiations thérapeutiques auprès des enfants, notamment en étudiant les théories de Donald Winnicott, le jeu et le théâtre¹⁴⁴. Béatrice Van de Velde, elle aussi psychologue, membre du laboratoire Recherches en psychopathologie, nouveaux symptômes et lien social de l'université Rennes 2, a soutenu une thèse en 2016 intitulée *L'improvisation dramatique, étude clinique et psychanalytique d'ateliers théâtre en structures de soin*. Elle liste rapidement les différents types d'atelier mais se concentre essentiellement sur l'aspect psychanalytique de l'improvisation dramatique.

Enfin, l'article *L'atelier théâtre* de 2007 de Gérard Chimisamas nous dépeint précisément le cadre d'un atelier. C'est là encore un écrit descriptif centré sur la psychologie qui renseigne bien sur les conditions de déroulement (lieux, conditions, nombre de participants...). La recherche en psychologie est donc fournie du point de vue de la thérapie par le théâtre. J'ai volontairement érudé les recherches actuelles en psychologie autour du

¹⁴³ « Théâtre et psychiatrie », in *Santé mentale*, N.154, janvier 2011, p.19-73.

¹⁴⁴ *Ibid.*

psychodrame. La principale raison est que le psychodrame contemporain s'éloigne de plus en plus d'une pratique théâtrale au sens pur, en particulier le théâtre de la spontanéité moréenien.

La recherche en dramathérapie

D'autres articles et ouvrages publiés par des dramathérapeutes sont consacrés à la question des bénéfices de la dramathérapie. Je peux ici citer l'ouvrage *Théâtre et thérapie* de Walter Orioli. Ce dramathérapeute reste une référence dans la recherche sur la dramathérapie. Des informations intéressantes sont aussi apportées par Doroty Langley sur la naissance de la dramathérapie. De plus sa définition précise de la dramathérapie permet de mieux appréhender le statut des professionnels qui, en France, sont enregistrés sous la dénomination art thérapeute depuis mars 2010 au répertoire national des certifications professionnelles (les notions de dramathérapie ou théatrothérapie ne sont pas mentionnées). Jean-Pierre Klein, psychiatre et auteur dramatique, fondateur de l'association Art et Thérapie est un autre acteur d'importance dans l'inscription de la dramathérapie à l'hôpital. Dans son ouvrage *Théâtre et dramathérapie* de 2015, il esquisse une typologie des différents ateliers de pratiques théâtrales qui peuvent s'inscrire dans les milieux de soins. Il cite en particulier Augusto Boal qui, dans une veine militante liée au Théâtre de l'Opprimé, a publié en 2002 *L'arc en ciel du désir : du théâtre expérimental à la thérapie* où il présente des exercices destinés aux animateurs d'atelier et une expérience dans le secteur médicosocial.

Etudier l'activité théâtrale

Corporalité et environnement

Le corps des participants

Lorsque l'on aborde la pratique théâtrale en psychiatrie, la prise en compte du corps des participants est une première base. Il est dans cette activité artistique largement sollicité dans ses expressions et ses mouvements. Il doit être échauffé, entraîné et s'impliquer dans l'action théâtrale, le drame. C'est le corps qui sert de lien entre le texte (quand celui-ci est présent), la mise en scène et la réception du spectacle¹⁴⁵. De plus, le théâtre est une pratique corporelle collective, sollicitant une réflexivité corporelle du sujet avec lui-même et les autres. La tenue d'un atelier théâtre nécessite l'exposition du corps propre au groupe de participants. L'aborder sous ces deux aspects (physiologique et social) oblige à s'interroger sur la production du corps en scène et dans l'atelier (entendu ici comme son inscription dans l'ordre de l'interaction¹⁴⁶, le sens commun de la pratique théâtrale en psychiatrie). Une vision détaillée de ce qui régit les corps interagissant permet de comprendre quelle place occupent les différents acteurs et leur implication dans la fabrication de normes. Je me rapproche ici de la démarche de Marcel Mauss dont les théories proposent que le corps ne puisse être pensé autrement qu'en relation avec son milieu, sa sensibilité au corps d'autrui et avec les traditions qui en fixent ses conduites. Les attitudes et les gestes du corps se façonnent en rapport avec l'environnement social. Mauss avait élaboré dans *Les techniques du corps* une classification « des façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps¹⁴⁷ » et utilisait le corps comme instrument et objet de réflexivité scientifique. Il avait également indiqué dans son *Manuel d'ethnographie* que « pour étudier les arts, nous procéderons comme nous l'avons fait pour les techniques, à partir du corps¹⁴⁸. » L'observation, la description et l'analyse du corps

¹⁴⁵ CHESTIER Aurore, « Du corps au théâtre », in *Corps*, n° 1, 2007, p. 105-110.

¹⁴⁶ « L'ordre de l'interaction apparaît comme un ordre structurel où les structures n'existent que pour autant qu'elles sont mises en œuvre à chaque instant par les acteurs, mais les acteurs ne peuvent eux-mêmes les mettre en œuvre que sur la base d'un sens commun guidant leur conduite. » BONICCO Céline, « Goffman et l'ordre de l'interaction : un exemple de sociologie compréhensive », in *Philonsorbonne*, n° 1, 15 novembre 2007, p. 31-48.

¹⁴⁷ MAUSS Marcel, *Sociologie Et Anthropologie*, Paris, Puf, 2014. P.365

¹⁴⁸ MAUSS Marcel, *Manuel d'ethnographie*, Paris, Payot, 2013.P.138

jouant sur scène et participant à un atelier abordent à la fois la corporalité et le contexte dans lequel se produit l'action.

Les théories de Mauss sont décisives dans la recherche sur la valeur symbolique des actions et la façon dont les corps interagissent. La place des acteurs découle en partie de la relation à l'autre. Qu'est-ce qui est admis, valorisé ? Comment doit-on se positionner avec notre corps ? Quel est l'ordre de l'interaction, le sens commun des ateliers ? Mauss questionne l'utilisation du corps dans les habitudes, l'apprentissage et l'incorporation de valeurs symboliques. « Le symbolisme est très précisément ce qui rend possible la vie sociale : il est littéralement ce qui la produit, et non simplement ce qui a pour seul rôle de la représenter aux consciences particulières¹⁴⁹. » La conduite des participants d'un atelier est en relation avec les attentes des autres membres du groupe. L'usage de l'activité théâtre oblige des conventions corporelles qui seront répétées. Les participants devront s'y conformer. Comment se placent les corps, comment réagissent-ils les uns par rapport aux autres ?

Le corps est partie intégrante de la symbolique sociale. L'affectivité des membres d'une même société s'inscrit dans un système ouvert de significations, de valeurs, de ritualités, un vocabulaire, etc. Chaque émotion ressentie puise à l'intérieur de cette trame qui donne aux acteurs une grille d'interprétation de ce qu'ils éprouvent et de ce qu'ils perçoivent de l'attitude des autres. Une culture affective est socialement à l'œuvre. Chacun impose sa coloration personnelle au rôle qu'il joue avec sincérité ou distance, mais un canevas demeure qui rend les attitudes reconnaissables. En toute rigueur, les émotions se détachent malaisément de la trame enchevêtrée de sens et de valeurs où elles s'insèrent : comprendre une attitude affective implique de dérouler le fil tout entier de l'ordre moral du collectif en identifiant la manière dont l'individu qui la vit définit la situation¹⁵⁰.

Quel est donc le canevas de l'atelier ? Retrouve-t-on des grandes caractéristiques ? Quelles sont les émotions ressenties par les participants ? Mauss observe et repère les différentes manières dont les hommes utilisent leur corps. Il défend la thèse qu'il s'agit de « montages physio-psycho-sociologiques de séries d'actes¹⁵¹ » définissant ainsi un apprentissage par modification de l'appareil biologique et physiologique par l'action de la culture. « En abordant l'homme dans sa totalité biologique, Mauss démontre qu'il y a une adaptation

¹⁴⁹ KARSENTI Bruno, *L'homme total : sociologie, anthropologie et philosophie chez Marcel Mauss*, Paris, Puf, « Pratiques théoriques », 1997, 452 p. P.230

¹⁵⁰ LE BRETON David, « Mauss et la naissance de la sociologie du corps », in *Revue du MAUSS*, n° 2, n° 36, 2010, p. 371-384.

¹⁵¹ MAUSS Marcel, *Sociologie Et Anthropologie*, Paris, Puf, 2014.

susceptible d'être incorporée qui ne relève plus seulement d'une psychologie individuelle mais des interactions sociales¹⁵². »

La dimension psychique est une donnée complexe dans le domaine psychiatrique qu'il est difficile d'aborder en sociologie. Je me focaliserai donc dans mes observations sur le corps sur ses significations, en le liant, comme l'a démontré Mauss, avec le social. Cependant, la dimension psychique est une donnée incontournable en sociologie, c'est par elle que passe la sociologie des acteurs, leur point de vue sur le monde, leurs représentations des cadres d'action. Cette problématique de l'acteur est au centre de la sociologie de Georg Simmel. Les individus se modifient par des actions réciproques.

L'intérêt de connaissance de la sociologie recoupe pour partie celui des acteurs ordinaires : la recherche des raisons ou des motivations de l'action. Toute socialisation suppose un savoir psychologique construit de manière interactive, un échange entre je et tu, « un échange alterné entre le moi et le toi », et comme l'action réciproque caractérise la socialisation, cette dernière ne peut s'établir que sur la construction d'un savoir psychologique. La vie sociale ne serait pas telle que nous la connaissons si les individus ne s'orientaient pas en fonction d'expectations, de suppositions, d'anticipations, de typifications qui sont des représentations mentales de leur agir réciproque.

J'évoquerai donc rapidement la question du psychisme en particulier autour de la conception Stanislavskienne du jeu théâtral qui permet d'aborder le corps et l'esprit tout à la fois mais ne rentrerai pas dans le détail des effets que l'activité théâtrale pourrait avoir auprès du psychisme de patients en psychiatrie.

L'esthétique

Envisager le corps au théâtre, c'est aussi aborder son esthétique. Il faut ici distinguer l'esthétique kantienne, qui fait le lien entre le sujet et son environnement social, et les esthétiques théâtrales qui sont à l'œuvre dans les processus artistiques des ateliers (je détaillerai ici les esthétiques aristotélicienne et brechtienne principalement autour de la notion de catharsis). Kant a ramené la faculté esthétique à une affaire de goût, donc de sensibilité et de subjectivité. Dans son esthétique¹⁵³, il analyse la dimension sociale du jugement de goût. Il est le premier à aborder le concept de relativisme esthétique. Chacun procède à ses propres

¹⁵² ANDRIEU Bernard, « Hétéro-réflexivité des techniques du corps. L'épistémologie physio-psycho-sociale de Marcel Mauss », in *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, n° 17, 1 janvier 2006.

¹⁵³ KANT Emmanuel, *Critique de la faculté de juger*, Paris, Flammarion, 2000.

évaluations esthétiques, et chaque société, chaque groupe social, fait sociologiquement appel à ses conventions. L'esthétisation du corps dans l'art dramatique répond à plusieurs volontés, en particulier celle de la fiction. L'incorporation par l'acteur de rôles donne un caractère imaginaire à la situation théâtrale qui confronte le spectateur à des personnages, l'image d'un être humain auquel l'acteur prête son corps et qu'il forge à travers un processus d'incarnation fictive qui comporte un investissement réel de la personne. La *mimésis* théâtrale a chez Aristote un sens laudatif : l'imitation théâtrale améliore et embellit¹⁵⁴. Elle transforme le corps réel en corps fictionnel, esthétise le corps. Un autre concept essentiel de l'esthétique théâtrale aristotélicienne est celui de *catharsis*. Une belle tragédie doit provoquer la frayeur et la pitié. Je reviendrai longuement sur ce principe fondateur du théâtre qui a une grande influence sur l'inscription de l'activité dramatique en psychiatrie. Bertolt Brecht s'éloigne des thèses aristotéliciennes et favorise lui la distanciation et l'esprit critique.

Brecht instaure une tension entre la catharsis et le réel social du moment historique présent. Son spectacle ne doit prendre en compte que le réel historique afin d'inciter le spectateur à « changer le monde » en l'éduquant à l'observation des lois qui régissent l'histoire et la société, non par le recours à une *mimesis* trompeuse, mais par la construction de modèles de « lecture »¹⁵⁵.

Brecht introduit pour la rejeter la notion d'identification du spectateur aux personnages que les comédiens imitent. Il lui préfère la notion de distanciation (*Verfremdungseffekt*) non seulement esthétique mais aussi sociale et politique. Il s'agit de faire percevoir au spectateur un personnage en le rendant insolite et par là même étrange. L'objectif est de faire prendre conscience aux spectateurs de la distance qui éloigne le spectacle et la réalité. Ces différentes expériences esthétiques sont des moyens comme l'explique John Dewey « par lesquels nous entrons, par l'imagination et les émotions [...], dans d'autres formes de relations et de participations¹⁵⁶. » ces formes d'engagements vont justifier l'emploi du théâtre auprès de personnes en souffrance psychique. L'esthétisation du corps n'éluide cependant pas l'aspect physiologique : « depuis la perception jusqu'à l'activité la plus spirituelle de l'artiste [...], le faire passe toujours par un mouvement – et le mouvement au milieu des choses est, bien sûr,

¹⁵⁴ GEBAUER Gunter et WULF Christoph, *Mimésis: culture-art-société*, Paris, Éditions du Cerf, 2005.

¹⁵⁵ HEITZ Raymond, « La théorie dramatique de Bertolt Brecht », in *Etudes Germaniques*, n° 1, n° 269, 2013, p. 153-160.

¹⁵⁶ DEWEY John, *L'art comme expérience*, Paris, Gallimard, 2012. P.382

toujours corporel¹⁵⁷. » L'acteur doit s'abstraire de son corps pour jouer un autre, il doit s'effacer derrière son personnage. Cependant, dans ce transfert, le corps reste au centre du jeu.

Ces liaisons entre corps, esprit et esthétique sont étudiées et explicitées par l'anthropologie théâtrale. Comment se sert-on de son corps lorsque l'on pratique le théâtre ? Quelle situation rituelle en découle ? Eugenio Barba définit en ces termes l'objet principal de cette discipline :

L'anthropologie théâtrale est l'étude du comportement scénique préexpressif qui est à la base des différents genres, styles et rôles mais aussi des traditions personnelles ou collectives. [...] Dans une situation de représentation organisée, la présence physique et mentale de l'acteur se modèle selon les principes différents de ceux de la vie quotidienne. L'utilisation extra-quotidienne du corps-esprit est ce qu'on appelle « technique ». [...] L'analyse transculturelle montre qu'on peut repérer dans ces techniques certains principes-qui-reviennent. Appliqués au poids, à l'équilibre, à l'utilisation de la colonne vertébrale et des yeux, ces principes produisent des tensions physiques pré-expressives. [...] La base pré-expressive constitue le niveau d'organisation élémentaire du théâtre¹⁵⁸.

Cette recherche d'invariants est une première approche de l'anthropologie théâtrale, trouver dans « l'utilisation extra quotidienne du corps-esprit [...] des principes qui reviennent ». Barba rappelle sur cette relation corps-esprit la conception de Constantin Stanislavski de l'«organic body mind», le corps et l'esprit travaillent ensemble :

La condition humaine dont parle Stanislavski, basée sur des procédures psycho physiologiques qui proviennent de notre propre nature, peut être définie comme l'esprit du corps originel. [...] L'organisme corps-esprit se révèle dans un corps qui n'agit pas en vain, qui n'évite pas l'action nécessaire, qui ne réagit pas de manière contradictoire et contre-productive¹⁵⁹.

Le psychisme entre en jeu lors de l'activité théâtrale et fait partie intégrante du corps, de la corporalité. Etudier le corps dans l'activité théâtrale, c'est donc bien l'étudier au regard de l'épistémologie « physico-psycho-sociale¹⁶⁰» de Mauss.

¹⁵⁷ PATOCKA Jan, *Papiers phénoménologiques*, Grenoble, Millon, 1995. P.70

¹⁵⁸ BARBA EUGENIO, *Le canoë de papier : traité d'anthropologie théâtrale*, Saussan, l'Entretemps, « Les voies de l'acteur », 2004, 270 p. P.7

¹⁵⁹ BARBA Eugenio et SAVARESE Nicola, *A dictionary of theatre anthropology: the secret art of the performer*, 2nd ed., London ; New York, Routledge, 2006, 320 p. « The human condition of wich Stanislavski speaks, based on psycho-physiological procedures wich originate in our own natures, can be defined as the organic body mind. [...] The body-mind's organity is revealed in a body wich does not act in vain, wich does not avoid necessary action, wich does not react in a self contradictory and counter productive way. » P.150

¹⁶⁰ MAUSS Marcel, *Sociologie Et Anthropologie*, Paris, Puf, 2014. P.384

L'environnement

L'ethnoscénologie, cofondée par le sociologue Jean Duvignaud et le psychologue Jean-Marie Pradier, adopte cette même posture et suit un autre précepte de Mauss selon lequel toute conception doit partir de la concrétude de l'expérience, en prenant appui sur la pensée pragmatique des « performers ». « Presque partout, les hommes sont arrivés à s'objectiver eux-mêmes leurs drames¹⁶¹. » Apparue en 1995, cette approche vise principalement à connaître les différentes formes de spectacles dans leur pluralité et leur singularité culturelle, en privilégiant les notions autochtones qui désignent ces formes. Je considère que la place du chercheur en socio-anthropologie vis-à-vis des intervenants et des patients pratiquant le théâtre en établissements psychiatriques doit appliquer cette démarche pour privilégier les catégories de penser que les acteurs du terrain produisent par eux-mêmes.

L'ethnoscénologie aborde les pratiques performatives de divers groupes en s'attachant à limiter l'ethnocentrisme. En associant les disciplines des sciences humaines et des sciences du vivant (principalement les neurosciences) elle aborde les questions des comportements humains spectaculaires organisés en liant les chercheurs et les pratiquants. Les logiques communautaires, ici des communautés du soin des maladies mentales, sont particulièrement scrutées, notamment dans les relations qu'elles entretiennent avec l'individu. On recherche parallèlement l'explicitation de l'action performative, du « performer » dans sa manière de penser, d'agir. « L'ethnoscénologue tente de comprendre et d'expliquer pourquoi et comment l'Homme pense-t-il avec son corps ? En quoi et à quelles conditions un certain type d'action participe-t-il de l'esthétique¹⁶² ? » Les pratiques performatives sont alors abordées avec et par le corps et l'esthétique demeure au centre des interrogations et des questionnements.

Le théâtre appliqué

La pratique performative que j'étudie ici peut être désignée sous le terme de théâtre appliqué. Il regroupe de nombreux domaines d'application (éducation, santé, réinsertion, développement, social, politique...). Ses principes sont précisés par Marie Madeleine Mervant-Roux pour qui le théâtre appliqué a trois critères : le but de l'activité doit être une action menée

¹⁶¹ M. Mauss, *Manuel d'ethnographie*, op. cit. P.168

¹⁶² PRADIER Jean-Marie, « L'ethnoscénologie. Vers une scénologie générale », in *L'Annuaire théâtral*, n° 29, 2001, p. 51-68.

par le biais du théâtre, sa structure se constitue en lien avec une ou plusieurs autres structures non théâtrales et la relation à un public n'est pas obligatoire, un atelier de pratique sans restitution sous forme de représentation peut par exemple suffire¹⁶³. Des sous-catégories peuvent apparaître dans la diversité des propositions d'utilisation du théâtre dans les établissements de santé mentale et les intervenants de l'activité théâtrale dans cet environnement particulier proposent aux participants trois objectifs principaux : la création, le soin et/ou le divertissement. En France, en dehors des travaux autour de Jérôme Dubois sur les usages sociaux du théâtre¹⁶⁴ et Monique Martinez sur le théâtre appliqué¹⁶⁵, la recherche socio-anthropologique est peu développée dans les champs du théâtre à vocations sociale et thérapeutique. En Belgique à la suite de Roger Deldime¹⁶⁶, Rachel Brahy et Didier Vrancken concentrent leurs travaux sur ce type de dispositif de création théâtrale avec des personnes dites « fragilisées ».

En Communauté française de Belgique, les compagnies de théâtre-action développent depuis de longues années une pratique d'animation d'« ateliers-théâtre » avec des « personnes socialement ou culturellement défavorisées » et reçoivent un soutien public structurel pour mener leurs missions.¹⁶⁷

Outre ces aspects techniques et financiers, les sociologues interrogent le processus de création théâtrale.

Tout ce jeu sur les costumes, sur les apparences, sur les attributions de rôles convoque une anthropotechnique théâtrale sous-jacente à visée représentative. Il s'agit de faire des hommes et des femmes mis en scène, des représentants d'une cause, d'une situation, d'une histoire ou d'un récit plus vastes. Cet effort esthétique de montée en généralité vise à saisir les participantes en tant que membres d'un sujet collectif plus vaste [...]. Les gestes posés, les mots choisis dans le processus de l'atelier-théâtre s'inscrivent dans un rapport au monde qui questionne bel et bien nos manières de nous construire comme sujets par-delà les limites de la scène.¹⁶⁸

Cette interrogation de l'utilité du théâtre dans la construction de l'individu, de sa sociabilité, se retrouve dans tout le théâtre action développé en Belgique Francophone depuis les années 1960 par des collectifs d'artistes (Théâtre de la Communauté, la Compagnie du

¹⁶³ MARTINEZ THOMAS Monique, *Le théâtre appliqué. Enjeux épistémologiques et études de cas* -, Carnières, Lansman, 2017. p.7

¹⁶⁴ J. Dubois, *Les usages sociaux du théâtre hors ses murs*, op. cit.

¹⁶⁵ M. Martinez Thomas, *Le théâtre appliqué. Enjeux épistémologiques et études de cas* -, op. cit.

¹⁶⁶ DELDIME Roger, *Fou de théâtre*, Carnières, Lansman, 1993.

¹⁶⁷ BRAHY Rachel et VRANCKEN Didier, « Se réaliser comme sujet dans un atelier-théâtre pour tenter de “s'en sortir” », in *SociologieS*, 2012.

¹⁶⁸ *Ibid.*

Campus, la Compagnie Sang Neuf d'Animation et le Théâtre des Rues). Ce théâtre action utilise des techniques d'intervention théâtrale pour aller à la rencontre des non publics avec une ambition de démocratiser la culture et d'améliorer le lien social.

Une récente étude de Rachel Brahy¹⁶⁹, permet d'appréhender ce type d'intervention par le biais d'une recherche ethnographique. En proposant une histoire de ce type de théâtre, les formes d'engagements qui en découlent du point de vue des participants, elle élabore une explication des multiples interactions qui se développent dans le cadre de tels ateliers théâtre. Car ce sont bien ici les ateliers qui constituent l'objet d'étude et qui est décrit et décortiqué dans ses différents aspects (publics participants, organisation, processus de création, réception des spectateurs...). L'auteure souligne l'importance des transformations qui peuvent avoir lieu dans le cadre de ces ateliers au niveau individuel pour des personnes éloignées des pratiques culturelles et pointe l'utilité de la restitution de la création collective devant un public extérieur. Judith Ackroyd, chercheuse anglo-saxonne spécialiste du théâtre appliqué, accorde même à la participation du public une place primordiale dans la définition de frontière du théâtre appliqué : tout théâtre implique la présence physique d'un public, un corps à corps avec l'acteur, sa participation intellectuelle et émotionnelle.

J'ai identifié deux caractéristiques qui, selon moi, sont au cœur de notre compréhension du théâtre appliqué : l'intention de générer un changement (de prise de conscience, d'attitude, de comportement, etc.) et la participation du public. J'ai suggéré que ni l'un ni l'autre ne distingue à lui seul le théâtre et le théâtre appliqué et que la distinction entre eux est une question de degré¹⁷⁰.

Cette question entre l'intentionnalité de créer un changement et la participation du public interroge alors sur la réception de la mise en scène théâtrale, de la pratique spectaculaire. La visée représentative de la pratique théâtrale, en particulier dans ces moments de restitutions du travail élaboré dans les ateliers et la construction du sujet au-delà des frontières scéniques, sont également étudiés par Jean Caune dans *Esthétique de l'animation culturelle*. Pour lui le rôle de l'art se questionne en relation avec la place de l'individu dans la structure sociale au sens large. Rachel Brahy note également une évolution dans les espaces de l'intervention au plus près des précaires mais de plus en plus éloignée des prolétaires. Elle cherche le sens de

¹⁶⁹ BRAHY Rachel, *S'engager dans un atelier-théâtre : À la recherche du sens de l'expérience*, Cuesmes, Editions du Cerisier, « Place Publique », 2019.

¹⁷⁰ J. Ackroyd, *Applied Theatre: Problems and Possibilities*, op. cit. "I have identified two features which I believe to be central to our understanding of applied theatre: an intention to generate change (of awareness, attitude, behaviour etc), and the participation of the audience. I have suggested that neither single handedly distinguishes theatre and applied theatre and that the distinction between them is a matter of degree."

l'expérience théâtrale dans ce type d'intervention et note que ce type de théâtre se trouve aujourd'hui dans la multitude des dispositifs d'accompagnement d'une partie de la population exclue. La psychiatrie n'est pas spécifiquement étudiée par ces auteurs. C'est là notre singularité.

La réception

Que se passe-t-il entre l'acteur et le spectateur lors d'une représentation théâtrale, lors de répétition et dans un atelier théâtre ? L'expérience du spectateur est largement étudiée par Jean Marc Leveratto. Il distingue le corps des personnages évoqués, celui des acteurs et celui du public. En plus de l'aspect corporel, Leveratto rappelle les multiples aspects de la réception d'un spectacle vivant : « L'émotion artistique est un fait social total, elle fait communiquer le corporel, le psychique et l'interaction sociale¹⁷¹. » La prise en compte de l'entourage est donc primordiale lorsque l'on s'intéresse à la réception. Il rappelle aussi que le spectateur peut s'autoriser à savourer des états émotionnels négatifs lorsqu'il est en position de spectateur. Enfin il distingue trois espaces : « espace technique de la production artistique (la construction technique de l'interaction par le professionnel), l'espace privé du consommateur (le vécu de l'interaction avec l'œuvre) et l'espace public des échanges sur les œuvres (les interactions verbales, écrites et visuelles générées par l'événement artistique)¹⁷². » L'expérience du spectateur ne désigne donc pas que le vécu de l'acte du regardant.

Dans le cadre d'un atelier théâtre en psychiatrie il y a toujours une alternance entre la position d'acteur et celle de spectateur dans la répétition ou la mise en scène d'une restitution. Tous les projets que j'ai étudiés mettent les participants en position d'acteur puis de spectateur et vice versa. La réception de la pratique performative est donc ici intéressante à interroger.

Tout d'abord, la scène. Dans notre langage courant, elle peut désigner plusieurs aspects (spatial, temporel et événementiel). C'est pour le théâtre un lieu d'exposition et d'action particulier.

Si, provisoirement, l'on cherche un dénominateur commun à tous ces emplois, on peut constater qu'ils ont tous la signification d'une dimension de l'exposition, de la présentation, manipulée et

¹⁷¹ LEVERATTO Jean-Marc, « L'expérience du spectateur », in *Degrés*, n° 142, 2010.

¹⁷² *Ibid.*

artificielle. Quelque chose est montré « sur scène » et cet acte de monstration « fait » simultanément « une scène ». La scène n'existe que par suite d'une certaine « mise en scène » des objets, des gens ou des événements. [...] Sur scène, les choses se montrent toujours d'une certaine manière, « scéniquement », elles apparaissent dans une certaine « optique » (*opsis*). Optiquement, la scène ne constitue pas en elle-même un point focal ou un point d'attraction pour les regards, mais une place pour orienter et focaliser ces regards d'une certaine manière, afin de montrer les choses sous un certain aspect et sous un certain éclairage¹⁷³.

Aborder l'étude des pratiques théâtrales en considérant l'espace où elles se déroulent ne suffit pas. Esa Kirkkopelto incite à questionner l'expérience théâtrale avec le sens de l'engagement que les individus déploient dans la présentation et sa réception. De plus, outre ces conditions effectives, le lieu scénique reste pour Jean Duvignaud, l'élément premier de la définition du théâtre.

On peut dire également qu'il n'existe pas de théâtre sans délimitation d'un lieu scénique où s'expriment toutes les créations possibles et se présentent les rôles imaginaires. Circulaire, semi-circulaire, latéral, rectangulaire, la classification et l'organisation de l'espace divisent toujours le groupe des acteurs et celui des participants. Le « conclave magique » se reconstitue, au sens où Antonin Artaud disait que le public du théâtre recréait la tribu archaïque. Et le groupe des spectateurs échange les signes qu'on lui offre contre la signification et la crédibilité qu'il projette vers l'autre équipe. Son rôle consiste à prolonger, à parachever la suggestion proposée par le groupe des hommes enfermés dans l'étendue scénique. Seul l'accord d'une diversité d'intentions peut accréditer la situation imaginaire en lui donnant ce qui lui manque : un signifié concret. Soit qu'il s'y reconnaisse, soit qu'il y connaisse ses propres conflits, soit qu'il s'y sente concerné, soit qu'il y trouve le complément de son être, soit encore, et cela est plus important, comme le pressentait Nietzsche, qu'il joue son existence avant de vivre¹⁷⁴.

Les acteurs créent des représentations qui ouvrent des interprétations possibles aux spectateurs à travers la frontière scénique. Ces derniers en regardant l'acteur jouer peuvent pour Duvignaud anticiper ses actes individuels.

Un autre concept essentiel d'Aristote, la catharsis, proche de cette conception, est repris par Mauss : « le spectateur-acteur atteindra une bonne catharsis à condition qu'il se soit évadé du monde des hommes, qu'il ait vécu un moment dans la compagnie des héros et des dieux¹⁷⁵. » La signification de l'action théâtrale produite par les acteurs détient donc un pouvoir sur les

¹⁷³ KIRKKOPELTO Esa, *Le théâtre de l'expérience : contributions à la théorie de la scène*, Paris, PUPS, 2008, P. 30-31

¹⁷⁴ J. Duvignaud, *Les ombres collectives. Sociologie du théâtre.*, op. cit. P.25

¹⁷⁵ M. Mauss, *Manuel d'ethnographie*, op. cit. P.168

spectateurs que les intervenants d'atelier pourront parfois invoquer. Dans une logique de changement de l'individu propre comme au théâtre appliqué, la reprise de ces conceptions dans l'univers psychiatrique demeure très utile dans la justification de l'utilisation de la pratique du théâtre dans l'accompagnement des soins des patients ou dans la thérapie elle-même.

L'univers particulier de la psychiatrie

Inclusion sociale et activité artistique

Erving Goffman effectue en 1954 un terrain d'observation dans une clinique psychiatrique. Ce terrain est la base d'*Asiles*, ouvrage de 1961, où Goffman développe le concept d'institution totale. Il fait référence dans cet ouvrage aux actions culturelles et artistiques proposées par l'hôpital ou directement entreprises par les patients : « Activités poursuivies sans intentions sérieuses, mais suffisamment passionnantes et absorbantes pour faire sortir de lui-même celui qui s'y livre et lui faire oublier pour un temps sa situation réelle¹⁷⁶. » L'importance de ces activités pour les reclus (patients d'hôpital psychiatrique ou détenus en prison) est liée à l'environnement qu'elles permettent de créer temporairement et qui peut à leurs yeux supplanter celui de l'institution par et dans laquelle ils sont contraints. Il parle d'adaptation secondaire qui représente pour l'individu le moyen de s'écarter du rôle et du personnage que l'institution lui assigne tout naturellement.

Comme le souligne Goffman, certaines de ces activités sont directement proposées et gérées par l'institution. Il s'agit dans la plupart des cas des prémisses de la psychothérapie institutionnelle et des ateliers de création à visée thérapeutique. La participation à ces ateliers par les patients n'est pas ressentie comme quelque chose de subi, mais plutôt comme une occasion d'améliorer pour un moment donné, leur vie dans l'institution. Goffman parle également du théâtre comme activité compensatoire efficace :

Les répétitions, la fabrication de costumes et des décors, les essayages, la mise en scène, la rédaction des pièces sans cesse recommencée, la représentation enfin paraissent aussi efficaces que dans la vie normale pour placer les participants dans un monde à part¹⁷⁷.

Goffman utilise par la suite, dans ses autres recherches, les aspects sociaux du théâtre pour appréhender les interactions des individus en société. Le monde est un théâtre où les personnes sont des acteurs qui tiennent des rôles et les relations sociales sont des représentations soumises à des règles précises. La métaphore théâtrale proposée par Goffman pour étudier les

¹⁷⁶ GOFFMAN Erving, *Asiles ; études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Editions de minuit, 1968.

¹⁷⁷ *Ibid.* P.362

individus en société propose que la tenue de rôle constitue une partie majeure de nos relations sociales. Cette conception peut être rapprochée des pratiques de Jacob Lévy Moreno. Psychiatre et sociologue à la fois, Moreno grâce au sociodrame et à la sociométrie examine les relations interpersonnelles dans des cadres de références à l'instar de Goffman¹⁷⁸. Il est à la base d'un courant psychodramatique important pour la psychothérapie sur lequel je reviendrai.

Parallèlement aux recherches de Goffman et de Moreno, des mouvements pour une psychiatrie démocratique voient le jour, notamment en Italie autour de Franco et Franca Basaglia. Dès 1960 des échanges plus nombreux entre le système de santé mentale et l'extérieur ont lieu avec notamment des expositions artistiques dans les asiles, des concerts, des manifestations culturelles. Une coopérative sociale spécialisée dans le théâtre est créée à l'asile de Trieste¹⁷⁹. Dans cette mouvance, le réseau international d'alternative à la psychiatrie regroupe entre autres Felix Guattari et Robert Castel. Les patients sont considérés comme sujets de droit, comme sujets de citoyenneté.

Michel Foucault pose, dans cette même période, l'absence de réciprocité comme le facteur d'aliénation institutionnelle du fou. La psychiatrie est « *conçue comme une instance de pouvoir qui s'exerce contre les improductifs et les déviants*¹⁸⁰. » La fonction du soignant qui donne au fou le statut de sujet ouvre une relation de réciprocité et une possible désaliénation. Ce changement de paradigme ouvre la voie à une prise en charge plus humaine où le patient est mieux considéré en particulier dans l'accès à ses droits. Les activités artistiques au sein des établissements se développent ainsi dans les années 1970-1980.

Depuis, les établissements psychiatriques se sont de plus en plus ouverts. L'inclusion sociale et la déstigmatisation des personnes malades sont prônées. L'art permet l'insertion des patients dans la vie professionnelle (exemple de l'Atelier du coin à Monceau les Mines¹⁸¹). Les notions de rétablissement et d'empowerment s'utilisent de plus en plus dans l'organisation des services de psychiatrie. « Il s'agit de créer et d'assurer un contexte de soins et de soutien dans lequel la personne concernée puisse retrouver la confiance en soi, l'estime de soi [...] de trouver

¹⁷⁸ GOSNELL Douglas, « Some similarities and dissimilarities between the psychodramaturgical approaches of J. L. Moreno and Erving Goffman », in *International Journal of Sociometry and Sociatry*, n° 34, vol. 4, 1964, p. 94-106.

¹⁷⁹ GREACEN Tim et JOUET Emmanuelle, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Eres, 2012. P.146

¹⁸⁰ DRULHE Marcel et SICOT François, *La santé à coeur ouvert : sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2011. P.88

¹⁸¹ MARTIN Jean-Pierre, *Psychiatrie dans la ville*, Toulouse, Eres, 2000.

de nouvelles façons d'être au monde¹⁸². » Trois concepts essentiels se dégagent dans le rétablissement : « l'espoir (entretenir la motivation et l'espérance d'une vie personnelle épanouie), être « acteur » de sa santé et de sa vie (retrouver le sentiment d'autodétermination) et trouver des opportunités (liées à la notion d'inclusion sociale, par exemple la participation aux activités de loisirs)¹⁸³. » Cette politique d'inclusion sociale passe par la jouissance des droits fondamentaux (en particulier les droits culturels) et de l'emploi. La société doit s'adapter à la personne, l'inclure et lui faire une place à part entière. La lutte contre les discriminations butte cependant sur des politiques sécuritaires. « Les dernières années des pratiques de la psychiatrie ont vu une augmentation nette de l'hospitalisation sous contrainte, ainsi qu'une ré-augmentation des mesures de contrainte dans l'hôpital (contention et isolement) et une re-fermeture d'un certain nombre de services¹⁸⁴. » L'un des points d'amélioration parmi les nombreuses recommandations est d'ouvrir la structure vers l'extérieur¹⁸⁵ et de tisser des partenariats avec des organismes en dehors des champs de la santé, par exemple le monde de la culture.

Liaisons entre les politiques culturelles et les politiques de santé mentale

En France, la démocratisation sanitaire en psychiatrie promeut une politique de santé mentale qui lutte contre les discriminations et les exclusions. Elle permet l'élaboration d'une société plus inclusive où le patient est mieux considéré. Cette évolution de la prise en compte du patient dans ces dernières décennies est décrite par Lise Demailly dans ses nombreux travaux. On assiste à de nettes améliorations des conditions de vie et de soins en particulier dans la prise en compte des droits et de la citoyenneté. Les droits culturels, considérés comme des droits fondamentaux depuis la déclaration de Fribourg, font partie de cette nouvelle doctrine et doivent s'appliquer dans les établissements de prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiques. Le dispositif Culture et Santé trouve ici sa raison d'être. Les fonctions accordées à la culture dans le cadre de ses projets d'accès à la culture pour tous restent fondées

¹⁸² T. Greacen et E. Jouet, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, op. cit. P.9

¹⁸³ REPPER Julie et PERKINS Rachel, *Social inclusion and recovery: a model for mental health practice*, Edinburgh, Baillière Tindall, 2009.

¹⁸⁴ DEMAILLY Lise, « Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France », in *SociologieS*, 18 juin 2014.

¹⁸⁵ EUROPE WHO Regional Office for, *Policies and Practices for Mental Health in Europe: Meeting the Challenges.*, Geneva, World Health Organization, 2008.

sur ce qui semble concourir à améliorer la vie dans la société, le lien social et renforcent l'égalité face aux droits culturels. La démocratisation de l'accès aux œuvres d'art et la participation à la création artistique au-delà des frontières traditionnelles s'expliquent en partie par le troisième type de finalité qui définit l'action culturelle selon Jean-Claude Passeron :

On peut vouloir, en agissant, non plus seulement sur la diffusion et le commentaire de la culture, mais sur la création des œuvres et valeurs artistiques elles-mêmes, transformer les formes de production et de diffusion des œuvres jusqu'à instaurer un champ d'interactions sociales et symboliques, où la frontière entre une culture d'élite et une culture partagée par tous se trouverait abolie. [...] Cette volonté de dépasser les segmentations socioculturelles du goût s'est vue inscrite au programme de nombreux mouvements politiques porteurs d'utopies. La stratégie d'une telle subversion des liens coutumiers entre sub-cultures et groupes sociaux ne peut évidemment se formuler qu'en acceptant d'employer tous les moyens d'une *redéfinition révolutionnaire* de la culture et de l'art¹⁸⁶.

Il décrit l'aspect révolutionnaire de l'art comme celui de l'avènement d'une haute culture accessible à tous qui dépasseraient les distinctions de classe. Passeron prend l'exemple de la lecture d'«œuvres-cathédrales» (Don Quichotte, l'Enfer de Dante, Robinson Crusoé...). Leurs lectures partagées par les différents groupes sociaux permettent de les rapprocher dans leurs pratiques culturelles. Les tentatives d'égalitarisme devant l'accès à la pratique artistique pour tous visent aussi à rapprocher les classes sociales. Cependant, la rencontre entre des artistes, choisis par les services du Ministère de la Culture pour leurs qualités artistiques, et les patients des établissements psychiatriques, pour la plupart éloignés des lieux de diffusion artistique, pose la question de cette redéfinition révolutionnaire de l'art, de la justification des médiations artistiques en psychiatrie. Dans le même ouvrage, Passeron renseigne sur l'utilité de la sociologie et de l'anthropologie dans la recherche sur l'action culturelle. Elles doivent permettre d'appréhender les liens symboliques qui unissent le loisir, la sociabilité et le plaisir artistique dans les groupes sociaux destinataires de ces actions culturelles. « Les sciences sociales sont capables de produire une connaissance des altérités sociales ou culturelles¹⁸⁷. » Être au plus près des valeurs accordées au théâtre par les patients de la psychiatrie a une utilité dans la conception de l'action culturelle qui leur est destinée.

Les usages de l'art comme support d'accompagnement auprès de personnes en grandes difficultés sociales et comme mouvement de culturalisation du social sont spécifiquement

¹⁸⁶ J.-C. Passeron, *Le raisonnement sociologique, op. cit.* P.449

¹⁸⁷ *Ibid.* P.466

décrits par Stéphanie Pryen. Elle s'est intéressée aux pratiques artistiques utilisées dans le cadre de l'insertion sociale en abordant l'identité des acteurs et les enjeux de reconnaissance¹⁸⁸. Prolonger cette réflexion en étudiant les pratiques théâtrales, médiations artistiques ou thérapeutiques, dans le cadre de prise en charge en psychiatrie en questionnant l'organisation, les valeurs et les pratiques, voilà un des sens de ma recherche. Françoise Liot démontre également que les projets à l'hôpital viennent souvent questionner les pratiques et les représentations de chaque catégorie d'acteur, mais également les fondements organisationnels des mondes de la santé et de la culture (place du patient dans l'univers médical et médico-social, logiques de diffusion artistique dans le monde de la culture)¹⁸⁹. Elle s'intéresse aux potentialités qu'ont ces pratiques à faire évoluer les organisations des deux secteurs et être source d'innovation dans le fonctionnement de l'hôpital et de la culture.

Organisation de la psychiatrie

Livia Velpry et Lise Demailly ont très bien décrit dans leurs travaux cet environnement si particulier qu'est celui du milieu des soins en santé mentale. Il est compliqué d'en comprendre toutes les strates et relations entre établissements.

Le cœur du système sanitaire en France est le « secteur psychiatrique » (827 établissements généraux pour adultes, 320 pour la pédopsychiatrie et 26 pour les détenus). Le secteur, sous la responsabilité d'un médecin-chef psychiatre, réunit les soins offerts par la psychiatrie en hospitalier et en ambulatoire, sur un terrain d'environ 70000 habitants. [...] Mais il ne faut pas oublier l'hospitalisation privée qui réalise jusqu'à 50% des hospitalisations dans certaines régions, la médecine dite « de ville » : médecin généraliste et psychiatres libéraux et la floraison des psychothérapeutes¹⁹⁰.

L'organisation actuelle de la psychiatrie publique découle de la politique de secteur définie par la circulaire du 15 mars 1960 reposant sur trois piliers : traiter le malade à un stade précoce, le séparer le moins possible de sa famille et de son milieu de vie et lui assurer une « postcure » pour éviter les hospitalisations à répétition. A noter que l'émergence de cette organisation, unique de par le monde, fait suite au long processus de désinstitutionalisation

¹⁸⁸ PRYEN Stéphanie, *Réflexions autour des projets artistiques à visée sociale. Des lieux spécifiques de prise en charge de l'expérience sociale, au risque des formes modernes de domination ?* Lille, CLERSE, 2004.

¹⁸⁹ LIOT Françoise et MONTERO Sarah, « Les projets artistiques et culturels dans les établissements de santé : quels changements dans les pratiques et les organisations ? », in *Culture & Musées. Muséologie et recherches sur la culture*, n° 26, 1 décembre 2015, p. 208-212.

¹⁹⁰DEMAILLY Lise, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte, 2011.P.58

initié à Saint Alban et repris par le Groupe de Sèvre. Pour ce faire, sur un secteur donné, une même équipe se voit confier la prise en charge hospitalière et extrahospitalière du malade, en lien avec les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux. Les centres médico-psychologiques (CMP), où les patients peuvent rencontrer des psychiatres, psychologues, assistants sociaux... sont les pivots du dispositif. On y trouve aussi les CATTP (Centre d'accueil à temps partiels), des hôpitaux de jour (HDJ), des centres de crise, de postcure, appartements thérapeutiques ou associatifs de secteur... Le secteur de psychiatrie infantile s'est quant à lui développé dans les années 1970 avec, notamment, des CMP pour enfants et adolescents ainsi que des CMPP (Centre médico-psychopédagogiques), à vocation médico-sociale. CMP, CMPP, CHS, CATTP, HDJ, UPSI sont autant de sigles qui peuvent rendre complexes la compréhension et le repérage des soins en psychiatrie, et par la même le parcours du patient en son sein. Cela sans compter les intrications avec la psychiatrie privée et libérale, et les différents établissements médico-sociaux participant également à l'offre de soins des personnes souffrant de troubles psychiques.

Par ailleurs entre 1990 et 2011, la France a fermé plus de la moitié de ses lits de psychiatrie. L'hôpital continue de rester au cœur de la psychiatrie mais la politique de santé mentale se réorganise. Comme le rapporte, Magali Coldefy, chercheuse à l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) :

« C'est moins la conception clinique que l'évolution administrative du secteur et son adaptation à l'évolution de son environnement qui pose problème. Le défaut de cette politique, pour reprendre les termes d'Edouard Courty, c'est peut-être sa trop grande ambition : confier à une structure sanitaire, dont le savoir-faire est centré sur le soin, la responsabilité globale de réponses qui relèvent de compétences de différentes collectivités, acteurs du milieu social et économique. Eléments que la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 essaie de corriger par la mise en place des projets territoriaux de santé mentale...Officiellement, depuis 2003, les secteurs n'existent plus comme unité géographique. Mais cette modification n'a jamais réellement été prise en compte, ni dans les faits ni dans les mentalités¹⁹¹ »

La politique de secteur n'a pas atteint l'ensemble de ses ambitieux objectifs de départ. Les politiques actuelles, axées sur le territoire, ciblent le résultat et donc l'utilisateur. Les structures institutionnelles ont actuellement de nombreux défis à relever.

¹⁹¹ COLDEFY Magali, « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. », in *Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation.*, Paris, IRDES, 2009.

Le paysage psychiatrique français est complexe et mal connu, de même que les modes de vie et les prises en charge des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les pratiques psychiatriques sont extrêmement hétérogènes, de même que les courants théoriques ou les modèles dont se réclament les professionnels. Les situations de vie des personnes souffrant de troubles mentaux graves sont elles aussi très diversifiées, et dépendent de l'offre de soin de leur lieu de résidence mais également d'éléments liés à leur environnement social et aux manifestations de leur trouble, le tout étant fortement influencé par la dimension temporelle et probablement générationnelle. Comment se repérer dans un tel paysage, et comment y entrer pour répondre aux questions de cette recherche¹⁹² ?

Il faut donc envisager la complexité du secteur de la psychiatrie actuelle, en plus de la variété des formes théâtrales qui s'inscrivent dans les services de psychiatrie. Dans son introduction à son livre *Sociologie des troubles mentaux*, Lise Demailly donne les bases de l'étude sociologique des maladies mentales.

La sociologie permet d'éclairer ces questions en apportant des éléments d'observation sur le fonctionnement du trouble psychique envisagé comme phénomène social, ainsi que sur les processus de prise en charge saisis dans leurs dimensions relationnelle, organisationnelle, professionnelle et politique¹⁹³.

L'art thérapie est placée dans cet ouvrage dans l'offre liée à la psychanalyse et dans la nébuleuse des psychothérapies relationnelles. Les médiations théâtrales ne sont pas abordées et il n'est pas fait mention des droits culturels des patients.

¹⁹²VELPRY Livia, *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*, Paris, Colin, « Sociétales », 2008, 330 p. P.56

¹⁹³L. Demailly, *Sociologie des troubles mentaux*, *op. cit.* P.3

Regard sociologique sur les professions

Lorsque l'on s'intéresse aux pratiques professionnelles, il est essentiel de s'interroger sur le statut de ces professionnels, le marché du travail dans lequel ils évoluent et leurs conditions socio-économiques (formation, rémunération, évolution professionnelle). De nombreux sociologues ont travaillé sur ces questions, il s'agit ici d'en présenter les principaux concepts et de montrer en quoi ce type d'analyse peut nourrir mon travail. La revendication professionnelle est présente pour le secteur des activités théâtrales dans les services de psychiatrie mais ce marché du travail n'est pas fermé et reste délicat à délimiter. Là encore, la typologie des ateliers et des professionnels correspondants sera d'une grande aide. D'autres professions sont marquées par un grand flou identitaire. Ni les modes de recrutement, ni même les profils et les formations, ne permettent d'identifier précisément beaucoup de professions à la charnière du social, du sanitaire et du culturel, malgré, comme dans le cas des « animateurs socio-culturels » une recherche de professionnalisation poursuivie depuis plusieurs décennies¹⁹⁴. Ici encore la question de l'Etat est cruciale. C'est lui qui tout autant que la profession elle-même peut par son activité législative et réglementaire structurer le champ professionnel.

Caractéristiques

Une définition simple des groupes professionnels est proposée par Charles Gadéa et Didier Demazière : « ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique¹⁹⁵. » L'autonomie est centrale pour qu'une profession soit reconnue. « Les membres d'une profession ont réussi à se faire reconnaître comme les seuls dont les connaissances et l'expérience permettent de décider ce qu'il faut faire dans une situation donnée, et de juger, en fin de compte, si ce qui a été fait a été bien fait¹⁹⁶. »

¹⁹⁴ AUGUSTIN Jean-Pierre et GILLET Jean-Claude, *L'animation professionnelle: histoire, acteurs, enjeux*, Paris; Montréal, L'Harmattan ; L'Harmattan Inc, 2006.

¹⁹⁵ DEMAZIERE Didier, GADEA Charles et BECKER Howard Saul, *Sociologie des groupes professionnels acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009. P.20

¹⁹⁶ *Ibid.*P.10

Pour Howard Becker, nous devons, lorsque nous nous attachons à étudier un groupe professionnel, nous interroger sur les processus d'émergence, de différenciation et d'autonomie de ces activités, et, plus largement, des mouvements diversifiés, ambigus et contradictoires de transformation (émergences, identification, délimitation, catégorisation, légitimation, invalidation, érosion, segmentation, destruction et disparition éventuelles). Toujours selon Becker, « nous pouvons aussi adopter un point de vue radicalement sociologique, considérant les professions simplement comme ces métiers ayant été assez chanceux dans la politique actuelle du monde du travail pour obtenir et maintenir ce titre honorifique¹⁹⁷. » Selon ce point de vue, il n'y a pas de véritable profession et aucun ensemble de caractéristiques associées nécessairement à ce titre. Il y a seulement des groupes de travailleurs communément considérés comme des professions. Une telle définition considère comme central le fait que la profession soit un titre honorifique, un terme d'approbation.

Selon la tradition de Chicago, toute activité sociale ne peut donc se penser que comme interaction, c'est-à-dire comme système de relations directes entre un ensemble limité de personnes dans une situation déterminée. C'est à travers ces interactions qu'un ordre peut apparaître, un équilibre se maintenir. A la différence de la sociologie fonctionnaliste, qui subordonne les relations à un ordre global, dans la sociologie interactionniste, les interactions sont premières, et l'ordre n'est jamais que le résultat provisoire de celles-ci. L'explication du système social repose à un premier niveau sur la compréhension des interactions entre les individus au sein d'un groupe professionnel, et dans un second niveau sur les relations entre les différents métiers au sein de la division du travail. L'approche interactionniste des professions peut se pencher en ces termes sur les métiers les plus divers, dont elle analyse avec finesse l'activité elle-même, ses tours et détours, en étant attentive au déroulement concret des tâches, aux interactions qui se développent à cette occasion et aux valeurs subjectives que chacun des protagonistes investissent dans l'interaction. C'est ainsi de proche en proche qu'elle propose sur un mode impressionniste un portrait d'ensemble de la société. Les versions interactionnistes, goffmanienne ou ethnométhodologique inclinent à regarder l'activité de travail comme la production locale d'un ordre. L'entrée par l'activité, le travail en train de se faire, tend à mettre au jour les multiples enjeux du rapport opératoire de l'homme à son milieu et des métamorphoses de l'agir humain¹⁹⁸.

Il faut donc questionner le statut des personnes intervenantes dans les activités de dramathérapie, d'atelier théâtre, de médiations thérapeutique et artistique à dominance théâtre. Ces dramathérapeutes, intervenants, soignants, animateurs, artistes professionnels ou amateurs constituent-ils des groupes professionnels ? Sont-ils considérés comme experts dans leur

¹⁹⁷ BECKER Howard Saul, *Le travail sociologique : méthode et substance*, Fribourg, Academic Press, 2006. P.137

¹⁹⁸ TERSSAC Gilbert de et LINHART Robert, *Division du travail*, Paris, Galilée, 1978.

secteur ? Comment interagissent-ils avec les autres membres de l'institution dans laquelle ils travaillent ? Anne Marie Arborio a montré que la délégation de tâches oblige parfois à la création de nouvelles catégories professionnelles. Dans son article *Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot »*¹⁹⁹ elle se donne comme base de réflexion les travaux de sociologie interactionniste sur les professions et propose une analyse de l'apparition et de la spécialisation du métier d'aide-soignante. Cette analyse est basée sur l'observation du travail au quotidien dans la division pratique, la division formelle et l'état de la structure sociale des groupes identifiés. C'est pour nous un modèle d'exploration en ce qui concerne le développement des ateliers théâtres dans les services de psychiatrie.

La profession peut également être étudiée en terme statistique. Pierre Michel Menger rappelle la difficulté d'établir des statistiques fiables pour les professions artistiques :

Il n'est pas aisé d'approcher les professions artistiques par l'outil statistique et son appareil de nomenclatures. La composition de la catégorie des professions artistiques [...] est découpée dans l'ensemble un peu plus vaste des professions culturelles. [...] Une seconde difficulté liée à l'identification des activités qui reçoivent la qualité de professions artistiques tient à la détermination des critères de professionnalité qui permettent de définir un seuil univoque d'exercice des activités professionnelles recensées comme artistiques, et de séparer les formes professionnelles d'exercice de ces activités des engagements et des pratiques amateurs.²⁰⁰

Pour autant Menger a réalisé un important travail de distinction dans le statut des comédiens dans son ouvrage *Les intermittents du spectacle : sociologie d'une exception* en 2011. Ces deux difficultés de la nomenclature statistique et de la détermination de l'activité artistique, en fonction du statut professionnel ou amateur, se couplent à la question de la formation. Pour Menger, cette dernière est uniquement pensée comme le lieu où s'acquièrent les savoir-faire et savoir-être utiles à une carrière et ne peut rentrer dans la distinction des différents parcours artistiques. Nous verrons que de multiples formations peuvent amener à gérer un atelier de théâtre dans un établissement psychiatrique. Daniel Throsby dans son article *Disaggregated earnings functions for artists*²⁰¹ a démontré que la formation initiale influe sur la probabilité d'exercer des activités para-artistiques telles que l'enseignement de son art.

¹⁹⁹ ARBORIO Anne-Marie, « 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" » in *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2009, p. 51-61.

²⁰⁰ MENER Pierre-Michel, *Le Travail créateur. S'accomplir dans l'incertain*, Paris, Le Seuil, 2009, 672 p.

²⁰¹ GINSBURGH Victor et MENER Pierre-Michel, *Economics of the arts: selected essays*, Amsterdam; New York, Elsevier, 1996.

Conventions et coopérations

Plus que d'interroger uniquement le statut professionnel des intervenants, l'étude du travail théâtral en psychiatrie oblige d'aborder ce « monde » comme « un réseau de coopération au sein duquel les mêmes personnes coopèrent de manière régulière et qui relie donc les participants selon un ordre établi²⁰² ». Dans *Les mondes de l'art* en 1982 Becker s'interroge sur la production de l'art à partir d'une description des actions et des interactions dont les œuvres sont la résultante. Cette approche qui cherche à mettre en évidence les réseaux qui perdurent en assurant la conservation de leurs normes, l'adaptation à l'environnement, la réalisation de buts communs et l'intégration des professionnels nous semble tout indiqué dans le cadre de notre étude. En posant la question des logiques diverses des acteurs qui rentrent en jeu dans le processus de création, Becker dessine une approche organisationnelle tout en expliquant les conventions et adaptations liées aux institutions. Les œuvres théâtrales réalisées en psychiatrie questionnent le processus de légitimation institutionnelle en vigueur dans le monde du spectacle vivant. La coopération des acteurs du secteur préside à la création de l'œuvre qui repose sur des conventions pour être qualifiable et recevable, qu'en est-il du statut de ces productions collaboratives élaborées à la marge de l'institution et des règles de l'art²⁰³ ? La représentation de l'art oblige une étude approfondie des rapports que les acteurs entretiennent avec le théâtre, de la connaissance qu'ils ont de cette discipline, des conventions qu'ils utilisent. Menger reprend ces thématiques dans son ouvrage *Le travail créateur*. Il aborde les caractéristiques de l'organisation du travail artistique en un système de relations contractuelles et de liens de collaboration tout en rappelant que « le socle commun est celui de la non-utilité fonctionnelle, conformément à la définition dominante, kantienne, de l'œuvre qui veut que l'art soit à lui-même sa propre fin, et que le plaisir qu'il procure s'enracine dans cette « inutilité » supérieure²⁰⁴. » Nous tâcherons d'expliquer ici les similitudes dans les objectifs, les pratiques et les créations des ateliers. Des conventions en découlent entre les différents acteurs (intervenants, commanditaires et participants) qui régissent leurs coopérations.

²⁰² BECKER Howard Saul, *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 2006.

²⁰³ F. Liot et S. Montero, « Les projets artistiques et culturels dans les établissements de santé », art cit.

²⁰⁴ MENGER Pierre-Michel, *Le Travail créateur. S'accomplir dans l'incertain*, Paris, Le Seuil, 2009, 672 p. P.38

Chapitre 3 : Méthodologie

Au cours de ce travail de thèse, j'ai mené une enquête de terrain en associant plusieurs techniques de recherche. Quatre démarches de recueil de données ont ainsi été utilisées (entretien, questionnaire, observation et recherche documentaire). Des matériaux se sont compilés petit à petit pour constituer une somme importante de données exploitables :

- Témoignages issus de 45 entretiens semi-directifs
- Base de données de 106 ateliers théâtre établie grâce à un questionnaire administré auprès de la majorité des structures psychiatriques en France entre 2014 et 2019
- Carnet d'observations issu d'un terrain de trois ans en tant qu'intervenant théâtre dans une clinique psychiatrique
- Lecture et regroupement d'archives

Dans un premier temps, une approche basée sur l'observation et l'expérience de terrain fut privilégiée afin de faire émerger des éléments pertinents²⁰⁵ à analyser dans le domaine des activités théâtrales en services de psychiatrie. Il s'agissait alors de rendre compte des

²⁰⁵ STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Editions L'Harmattan, 1991, 311 p. P.53

expériences vécues des différents acteurs, dans leur complexité et leur dynamique et d'envisager le contexte socio-historique dans lequel ces relations interindividuelles et ces activités se placent. Cette première phase me sert de base pour poser des hypothèses que je tenterai de vérifier dans la suite des expériences de terrain et dans l'analyse des données. Trier les données issues d'une recherche de terrain ne suffit pas à répondre à ces hypothèses. Le fait de mettre à plat et d'affiner un peu plus les catégories de rangement (groupes et sous-groupes, typologies, etc.) permet de dresser un paysage très fin du point de vue descriptif mais n'aborde pas la construction de l'ordre social établie par les acteurs. Pour traiter cette question des significations de l'action sociale autour de la pratique du théâtre en psychiatrie laissée en suspens à ce stade, j'ai utilisé un type de description des faits contextualisés pour analyser les codes établis. La « description dense » théorisée par Gilbert Ryle et reprise par Clifford Gertz envisage l'objet ethnographique comme une hiérarchie stratifiée de structures significatives.

Ce que nous appelons nos données sont en fait nos constructions des constructions des autres quant à ce qu'ils font [...] Ce à quoi l'ethnologue est en fait confronté – sauf lorsqu'il passe (comme, bien sûr, il doit le faire) par la routine automatisée de la cueillette de données – c'est à une multiplicité de structures conceptuelles complexes, dont nombre sont superposées les unes sur les autres et nouées entre elles ; des structures étranges, irrégulières et implicites, qu'il doit arriver à saisir de quelque manière pour ensuite en rendre compte. Et ceci se vérifie aux niveaux les plus terre à terre de son activité, dans la jungle du travail de terrain : questionner des informateurs, observer des rites, éclaircir des termes de parenté, tracer des lignes de propriété, recenser des familles... écrire son journal. Pratiquer l'ethnographie c'est comme essayer de lire (au sens de « construire une lecture de ») un manuscrit étranger, défraîchi, plein d'ellipses, d'incohérences, de corrections suspectes et de commentaires tendancieux, et écrit non à partir de conventions graphiques normalisées mais plutôt de modèles éphémères de formes de comportement ²⁰⁶.

L'analyse de ces données consiste donc à trier les structures de signification (codes établis) et à déterminer leurs contextes sociaux et leurs portées²⁰⁷. La finalité est la description claire et compréhensible d'actions menées par des acteurs dans des situations et cadres précis. La place de l'acteur est primordiale dans cet ordre social qui se construit, évolue et se négocie²⁰⁸.

²⁰⁶ GEERTZ Clifford, « La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture », in *Enquête. Archives de la revue Enquête*, n° 6, 1 octobre 1998, p. 73-105.

²⁰⁷ CEFÁI Daniel, *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2003, 615 p. P.211

²⁰⁸ A. Strauss, *La trame de la négociation*, op. cit.

Observations

Une participation observante de trois années

Etant comédien amateur, participant et animateur d'ateliers, j'ai occupé durant trois ans l'emploi d'intervenant dans une clinique psychiatrique. Cette expérience professionnelle et de recherche m'a permis d'établir un carnet de terrain et un recueil d'expériences qui ont alimenté ma réflexion tout au long de la rédaction de cette thèse. Cette étape de la recherche m'a permis de prendre le temps de regarder agir les personnes dans et autour d'un atelier. Lorsqu'on se donne comme échelle d'analyse l'individu²⁰⁹, il convient d'adopter une démarche sur le long terme pour l'étudier. Les observations et le travail de terrain ont donc été conséquents.

La principale observation, d'une durée de trois années, est une participation observante qui offre une place privilégiée. Son utilité se situe dans la compréhension des actions collectives, les manières de faire, les rôles et les multiples ressources (cognitives, sociales, monétaires) que les acteurs mobilisent dans leurs pratiques. Evidemment je n'ai pas mesuré toutes ces spécificités auprès de toutes les personnes que j'ai côtoyées, mais cette participation prend son sens dans une ethnographie réflexive²¹⁰ de l'univers spécifique de la pratique du théâtre en établissement de soins psychiatriques. J'ai pu trouver place dans un service de psychiatrie, me faire accepter, et pu me trouver ainsi en position privilégiée d'observation. Cette récolte de données en prenant part à la vie du service de psychiatrie m'a rapproché des interprétations que pouvaient proposer les multiples acteurs (patients, soignants, personnels administratifs) de l'atelier théâtre.

En 2016 mon atelier théâtre a donc débuté à la clinique des Saules. D'une durée d'une heure trente, il regroupait 4 à 10 patients dans le cadre d'une prise en charge dans le centre de jour de la clinique. La demande de la structure était de proposer une activité théâtrale dans le but d'améliorer l'estime de soi des malades. J'ai participé à la tenue de 223 ateliers, observé des patients faisant du théâtre et les interactions entre les personnels de santé et les patients. Cette méthode utilisée dans une volonté de recherche au plus près des acteurs et du terrain sert

²⁰⁹ LAHIRE Bernard, *Portraits sociologiques : dispositions et variations individuelles*, Paris, Armand Colin, « Collection essais & recherches », 2005, 431 p.

²¹⁰ WEBER Florence, *Manuel de l'ethnographie*, Paris, Puf, 2009.

de base pour mon travail de réflexion. Elle permet d'inscrire cette étude dans une pratique professionnelle de terrain. La tenue de six entretiens semi-directifs à la fin de cette période d'observation avec quatre patients et deux soignantes de la clinique a enrichi cette observation et m'a permis d'ajouter des points de vue extérieurs à ma réflexion.

Grâce à des notes descriptives, techniques, et organisationnelles, la tenue d'un journal de terrain m'a aidé à définir au fur et à mesure les étapes de la recherche. Le journal se découpe en plusieurs rubriques réaménagées dans cette analyse. Cinq grandes parties permettent de mieux appréhender la complexité d'une observation aussi longue sur un terrain unique et d'aborder les multiples questions issues de cette méthode ethnographique. Ce découpage arbitraire est utile dans l'élaboration de grandes thématiques qui permettent de répondre au mieux aux problématiques soulevées dans le cadre de ma recherche. Soutenant grandement la mémorisation des faits et la compréhension de l'activité, le journal de terrain et le travail d'observation avaient pour but de comprendre ce qui se jouait entre les personnes présentes dans et autour de l'atelier.

De nouvelles réalités ont été ainsi mises à jour et nos rapports à l'objet d'étude et la relation aux enquêtés n'ont jamais cessé d'être interrogés. Comme le dit Jean Copans : « L'observation est tout autant morale (l'anthropologue observateur de la différence) que pragmatique (« cela est ainsi, je l'ai vu »), tout autant scientifique (sélection, construction de ses objets) que littéraire (l'observation est plus ou moins une description écrite indépendamment de la situation)²¹¹. » Cette position m'a permis d'observer, de voir, d'étudier, d'analyser, d'éprouver, de ressentir et de comprendre ce qui pouvait se jouer dans une telle pratique. Un long processus d'apprentissage au cours des interactions de terrain a eu lieu. Une participation observante de trois années est un temps long. L'influence de cette temporalité sur les résultats de l'enquête n'est pas à négliger. Des relations entre enquêteurs et enquêtés se sont évidemment tissées durant ces années et cela pose des contraintes spécifiques liées à l'intimité partagée avec les patients et les soignants de la structure. « Quand la forme de l'interaction est intime, la poursuite de la relation amicale devient une fin en soi, et elle devient plus précieuse aux yeux des protagonistes que le rapport instrumental qui caractérisait les interactions entre rôles de terrain²¹². » L'ensemble de procédés d'interaction sociale destinés à se procurer des informations à des fins scientifiques est un ensemble de comportements qui engagent le soi de

²¹¹ COPANS Jean, *L'enquête ethnologique de terrain*, Paris, A. Colin, 2016.

²¹² D. Cefai, *L'enquête de terrain*, op. cit.

l'observateur. Il est clair que dans notre cas des relations amicales se sont tissées qui peuvent parfois poser la question de la neutralité axiologique, du travail de réflexivité et de la prise de distance.

Pour évaluer les résultats informels d'un travail de terrain, il est instructif d'examiner comment l'enquêteur prend un rôle et joue un rôle dans des situations où il perçoit une menace sans parvenir à la résoudre. Parce que le maintien du rôle implique de poursuivre à tout prix, même dans des situations menaçantes, afin d'obtenir les informations requises, l'enquêteur a parfois le sentiment que la persévérance est plus héroïque que fructueuse²¹³.

Comment ai-je abordé la question du rôle d'intervenant ? Lors de mon entretien de recrutement, j'ai indiqué au médecin psychiatre et aux deux infirmières présentes que je rédigeais une thèse sur les ateliers théâtre en psychiatrie et que si j'avais le poste, ce travail constituerait notre terrain d'observation. Ces trois personnes furent intéressées par cette démarche et me laissèrent carte blanche dans le cadre de mes interventions. Mon rôle était ici assumé et affirmé. Lors de la présentation auprès des patients, des autres intervenants (musique, art thérapie, pilate, expression corporelle) il n'a pas été fait mention de ce statut particulier. Je n'avais donné aucune consigne particulière aux infirmières. Je gardais alors le secret de ma recherche pour ne pas mettre les patients dans une position de cobaye et pour être à égalité avec les autres intervenants. Je me présentais lorsque je rencontrais de nouveaux patients comme comédien amateur ayant plusieurs expériences dans la tenue d'atelier avec des publics spécifiques (autistes, jeunes en difficultés scolaire, détenus), expériences que j'avais pu faire au cours de mes précédents emplois. Aussi, et cela a pu être important pour certains patients, j'indiquais que j'avais une expérience dans l'accompagnement de personnes souffrantes (auxiliaire de vie et stage d'aide-soignant). Ce rôle fut tenu pendant 2 ans. La dernière année, à la suite d'une sortie au théâtre que je décrirai plus loin et à la proximité de plus en plus affirmée avec les patients j'ai parlé de notre doctorat en cours et ainsi dévoilé ma position d'observateur participant.

Il pense peut-être aux innombrables choses qu'il aimerait dire à l'informateur, mais elles sont toutes incompatibles avec les exigences du rôle. [...] A l'extrême, s'il est menacé d'être submergé par sa conscience de soi, l'enquêteur peut toujours protéger son rôle en sortant (*getting off*) de la situation tant que le contact reste bon²¹⁴.

²¹³ *Ibid.* P.341

²¹⁴ *Ibid.* P.342

J'ai donc fait le choix de rester encore une année après le passage de pur participant à participant comme observateur. L'affirmation de mon enquête et la perte du rôle d'intervenant pur m'a évidemment posé question.

Tous les rôles de pur participant soulèvent deux types de problèmes, auxquels l'enquêteur est tôt ou tard confronté. D'une part l'enquêteur peut être si soucieux d'exprimer son véritable soi (*true self*) qu'il en est handicapé pour interpréter avec conviction le rôle qu'il simule. D'autre part, il peut « virer indigène » (*go native*), incorporer le rôle à ses conceptions de soi et finir par se réaliser soi-même à travers le rôle. Mais alors, il outrepassé tellement son rôle d'observateur qu'il lui est impossible de rendre compte de ses résultats. Par conséquent, l'enquêteur de terrain a besoin de période de relâche (*cooling-off*) pendant et après les phases d'immersion complète et de pure participation, lors desquelles il peut « être lui-même » et se retourner sur sa conduite sur le terrain sur un mode dépassionné et sociologique²¹⁵.

Pour autant, j'étais alors vacataire à l'Université de Clermont-Ferrand et il me semblait important de relever encore des données que je n'avais pas totalement saisies au regard des lectures que je faisais dans la préparation de mes cours. Le nouveau statut de participant comme observateur où l'enquêteur et l'informateur sont tous deux conscients d'entretenir une relation de terrain ne posaient pas de problème aux patients. Ils étaient plutôt intéressés par la démarche. La « simulation » du rôle d'intervenant n'était alors plus nécessaire. Pour autant, mon statut de professionnel mettait la distance et la confiance était déjà établie dans la clinique. La frontière entre informateur et observateur était et restait donc posée et la possibilité d'inversion des rôles, de virer indigène, ne m'a jamais posé problème.

L'utilisation des données m'a ensuite permis de mesurer des fréquences et des distributions des phénomènes que j'avais repérés lors de la relecture de mes notes.

Chaque fait social particulier est expliqué par référence explicite à sa place dans un ensemble complexe de variables en interconnexion. L'observateur relie celle-ci dans la construction d'un modèle théorique de l'organisation ; à l'étape finale de son analyse, l'observateur conçoit un modèle descriptif qui rend mieux compte des données ainsi assemblées²¹⁶.

Utilité du théâtre en service de psychiatrie, types d'atelier, relation entre acteurs, formation et professionnalisation des intervenants, politique culturelle, voici les principales

²¹⁵ *Ibid.*P.344

²¹⁶ *Ibid.*P.357

notions que j'aborderai dans le modèle descriptif qui mettra en perspective les données de terrain.

Des observations directes

Trois observations avec une place de pur observateur ont été effectuées durant ces quatre années. Une observation d'un atelier d'1h30 du Théâtre du Reflet à Corbeil-Essonnes, une observation du travail de la compagnie Procédé Zèbre durant 2h et une observation d'un atelier de psychodrame. Ces observations ont permis de se rendre compte concrètement comment des compagnies ou des soignants faisaient travailler les patients. Cette confrontation à d'autres pratiques fut riche d'enseignement et m'a posé des questions venues à l'esprit au cours de ces observations.

La première observation de l'atelier du Théâtre du Reflet à Corbeil-Essonnes a eu lieu le 20 janvier 2018. Un groupe de 10 patients avec 3 intervenants répétait autour d'un projet sur Don Quichotte. Le travail artistique développé par les patients et les intervenants était original et l'on ne reconnaissait pas de prime abord dans l'atelier les patients et les intervenants. La deuxième observation de l'atelier du Procédé Zébré à Clermont Ferrand a eu lieu entre 10 heures et 12 heures le 12 février 2020. 16 personnes étaient présentes. Ligne de flottaison est un projet qui se déroule sur trois années 2019, 2020 et 2021. C'est un projet artistique mené par Fabrice Dubusset fondateur et directeur de la compagnie Procédé Zèbre installée à Vichy dans l'Allier. Il a lieu au Centre Hospitalier Sainte Marie de Clermont-Ferrand. Il s'inscrit dans un grand projet culturel mené par cet établissement, Mémoires croisées de l'hôpital Sainte-Marie, autour de l'histoire du CHS, projet financé par la Ville de Clermont-Ferrand, InterSTICES, la Région, l'ARS et de la DRAC et l'Université Clermont Auvergne. Enfin la troisième observation concerne un atelier de psychodrame dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Clermont Ferrand.

Les principaux questionnements issus de ces trois observations se concentrent autour de la sélection des patients (Comment est-elle faite ? Par qui ? Volontariat ?), la durée (Les patients ne sont-ils pas susceptibles d'arrêter l'hospitalisation au cours de la durée du projet ?) et des objectifs du projet (Que demande-t-on exactement aux patients ? Quel est le statut des patients dans la compagnie ? Pourquoi la pratique théâtrale plutôt qu'une autre ? Est-ce qu'il est possible d'envisager une rémunération pour les patients lors des représentations ?).

La participation à des journées professionnelles de formation ou de présentation de recherche entre également dans les observations directes utilisées dans le cadre de cette thèse. Le colloque De la scène au soin : partage d'expériences le 29 novembre 2018 à l'Université Grenoble-Alpes UMR Litt & Arts (équipe CINESTHEA) m'a donné l'occasion d'assister à la présentation d'analyses de plusieurs expériences innovantes qui mêlent les arts de la scène au monde de la santé. Le 5^{ème} rassemblement des dramathérapeutes et professionnels utilisant les arts scéniques à des fins thérapeutiques, sociales et éducatives organisé par l'Association Nationale de Dramathérapie fut également riche d'enseignement dans l'évolution du statut de dramathérapeute. Il était aussi dédié à la pratique. J'ai ainsi pu participer à des ateliers destinés à former les professionnels.

Entretiens semi-directifs

Objectifs et enjeux

Dans le but de répondre aux nombreuses questions autour de l'organisation des ateliers, de la vision des acteurs et du sens donné à leurs pratiques, j'ai également utilisé l'entretien semi-directif. Cette méthode est utile à plus d'un titre.

La première raison de son emploi se trouve dans la nécessité de comprendre le vocabulaire propre aux acteurs du domaine étudié et de la signification qu'ils donnent aux termes employés. Des définitions diverses parfois contradictoires sur des notions clés liées à l'activité théâtre ont ainsi été relevées (art ou occupation, réhabilitation ou réinsertion, impact de la pratique...). L'entretien donne un espace cadré pour confronter les positionnements « du point de vue de l'indigène²¹⁷ » en vue de les mettre en perspective et les analyser.

L'avantage de ce type d'entretien se trouve deuxièmement dans l'aide qu'il procure pour l'analyse en partant de faits concrets, d'anecdotes, de données objectives et subjectives que les acteurs accordent à leurs actions. Les explications et les justifications qu'ils donnent confrontées aux observations de terrain offrent la possibilité de saisir des différences dans leurs assertions²¹⁸. Il est utile pour aborder différents points de vue.

Enfin, l'entretien m'a également servi à améliorer ma connaissance autour de l'objet d'étude. Il m'a permis de me poser des questions pour ensuite les investir. J'ai ainsi réajusté au fur et à mesure mes questions de recherche.

L'enjeu fut de répondre à l'hypothèse d'un sens partagé (buts et conventions) par les différentes catégories d'acteurs. Il fallait donc recueillir des données auprès d'une population diverse pour donner des moyens d'objectivation à mon analyse. En fonction de la catégorie des personnes interrogées des questions sous-jacentes sont apparues. Les différents intervenants partagent-ils dans les différentes régions françaises les mêmes significations, les mêmes

²¹⁷ GEERTZ Clifford, *Savoir local, savoir global : les lieux du savoir*, Paris, PUF, 1986. P.74

²¹⁸ BECKER Howard Saul, *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2013. P.249

valeurs ? Idem pour les patients, les soignants et le personnel administratif. C'est là une question simple autour de personnes ayant une même pratique.

Cette prise en compte de la catégorie des personnes interrogées permet comme le dit Jean-Claude Kaufmann « une articulation aussi fine que possible entre données et hypothèses²¹⁹. » Ainsi je cherche à répondre à mes hypothèses en me confrontant aux discours des acteurs de terrain.

L'entretien contribue à enrichir la valeur informationnelle [...] à éclairer les conduites individuelles et collectives, les formes d'action, les collectifs d'appartenance. [...] L'objectif est de saisir le sens que les individus donnent à leurs actes, à leur vécu, à leur travail, à leurs activités et leurs pratiques²²⁰.

La façon de conduire les entretiens, l'échantillon choisi et l'utilité accordée à cet exercice donnent alors des indications sur le traitement des données.

A partir de ces entretiens, j'ai construit mon objet d'étude tout au long de la recherche en combinaison avec les autres méthodes, d'où l'intérêt d'associer l'entretien avec l'observation. « Le mouvement itératif entre collecte de matériaux et analyse permet précisément d'aller plus loin dans la compréhension du problème étudié²²¹. » Les propos recueillis n'avaient de cesse de faire évoluer ma pensée.

J'ai malgré tout rencontré des difficultés. La première est le crédit attribué aux témoignages recueillis. Quelles valeurs accorder à la parole des personnes entretenues ? Ce que je peux dire ici est que la parole était relativement libre dans les entretiens car les personnes interrogées n'avaient pas de pression par rapport à mon statut de jeune chercheur. Doctorant, je n'inquiétais pas leurs légitimités. Cette liberté a permis de mettre au jour des différences importantes dans la vision des acteurs, notamment des différents professionnels, autour d'un même type d'atelier. En ce qui concerne ce cadre strictement professionnel, pour Everett Hugues, toute la difficulté de l'étude sociologique réside dans cette opération qui vise à recueillir le discours des professionnels tout en déjouant le discours écran que la profession entend donner d'elle-même :

²¹⁹ KAUFMANN Jean-Claude et SINGLY François de, *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, 2016.

²²⁰ SIFER-RIVIERE Lynda, *Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes*, Paris, Armand Colin, 2016.

²²¹ *Ibid.*

Une partie des problèmes de méthode que rencontre l'étude des comportements au travail réside dans le fait que ce sont ceux qui exercent le métier qui le connaissent le mieux et qui fournissent les données de l'analyse. Ils risquent de joindre une connaissance très sophistiquée et tactique des relations sociales appropriées à une très forte volonté de refouler et de dénier la réalité profonde de ces relations²²².

Pour déjouer cette difficulté, Hugues se focalise sur les dimensions les plus concrètes des activités, ce qui le conduit à privilégier des méthodes d'observation directe voire d'observation participante. C'est dans ce sens que j'ai réalisé mes observations.

Le deuxième biais de ma recherche basée sur les entretiens se trouve dans la question de la proximité, de l'amitié tissée au cours de ces années d'observation. Ce qui est important de signaler ici est que j'ai été influencé par le statut des personnes interrogées, en particulier lors des entretiens à la clinique dans laquelle je travaillais. Les infirmières et les patients me connaissaient bien car j'avais effectué les entretiens lors de la dernière année de mon terrain d'observation. La proximité, parfois l'amitié, avec les individus interrogés m'ont parfois gêné. Cette difficulté de s'entretenir avec les personnes avec lesquelles on travaille dans le cadre d'une recherche-action a cependant pu être surmontée grâce à l'expérience de la conduite d'entretien accumulée durant mes études et au cours des autres entretiens. Je n'avais effectivement pas rencontré cette problématique avec des personnes que je ne connaissais pas.

La dernière difficulté est liée au secret médical. Il reste délicat dans le cadre d'entretiens avec des patients. J'ai choisi d'anonymiser l'ensemble des personnes. Les interviewés étaient cependant d'accord pour voir apparaître leurs noms et je n'ai pas jugé bon de leur affirmer une anonymisation automatique pour éviter d'éventuelles autocensures. Mon statut et les enjeux autour de ma recherche ne semblaient pas le justifier.

Population d'étude

Je suis donc allé interroger les comédiens, les médecins, les soignants, les patients, les financeurs et les chargés culturels pour avoir des visions, des points de vue de différents acteurs sur l'organisation et le déroulement de l'activité théâtrale en psychiatrie.

²²² LANHER Simon, « L'estime professionnelle selon E. C. Hughes. Éléments pour une relecture honnethienne de la première tradition anthropo-sociologique chicagoe », in *Terrains/Théories*, n° 4, 25 juillet 2016.

Plusieurs univers ont été investis, les mondes du théâtre, des soins et de la maladie. J'ai centré bien sûr l'essentiel de mes entretiens sur l'intervenant lui-même, d'une part pour comprendre les motivations de ce dernier, et d'autre part parce que j'occupais moi-même un emploi de ce type. La comparaison et la mise en perspective furent alors facilitées et plus fructueuses. Ensuite, les personnels soignants de structures publiques et privées constituent une part importante des personnes interviewées car ils sont bien souvent les instigateurs de ce type de projet. La prise en charge étant pluridisciplinaire en psychiatrie et les soignants mobilisés au cours de ces ateliers pouvant être de différentes professions, j'ai essayé de mobiliser une population soignante variée avec au moins un entretien pour chaque type de profession. Les personnels administratifs des structures sanitaires et culturelles sont également essentiels au déroulement des ateliers. C'est dans ce sens que j'ai interrogé ce type d'acteurs en sélectionnant des acteurs connus et reconnus dans le domaine. Il s'agit ici de médiathécaire, de directeur d'association ou de référent culturel qui ont un rôle moteur dans le développement de ce type d'activité. Pour terminer je me suis entretenu avec des patients de la clinique dans laquelle j'ai travaillé durant trois années pour connaître leurs points de vue sur ce type d'activité. Ce sont des patients que j'ai côtoyés durant trois années et qui connaissaient très bien le mode de fonctionnement de l'atelier dans lequel nous avons partagé des expériences théâtrales.

Une liste anonymisée des personnes interviewées est disponible dans l'annexe 1 avec quelques détails sur leur personnalité. 19 artistes (16 comédien(ne)s, 1 musicienne, 1 danseur et 1 photographe), 5 médecins (4 psychiatres, 1 dermatologue), 2 psychologues, 1 psychomotricienne, 3 infirmières, 1 dramathérapeute, 8 personnels administratifs, 1 formatrice et 4 patient(e)s constituent la liste des personnes interrogées dans le cadre de cette série d'entretiens.

Les critères que j'ai choisis pour identifier les personnes à solliciter sont les suivants : personnes reconnues par le secteur artistique et par ses pairs, vision plurielle de l'usage du théâtre et des arts du spectacle dans l'univers psychiatrique et pratique récente de l'activité. L'intention d'étudier des situations contrastées (ici les multiples intervenants, les soignants, les patients et les personnels administratifs) répond à une volonté de confronter les points de vue pour faire émerger des questions qui ne se posent qu'à partir de telle ou telle position. Ces différentes visions alimentent une réflexion riche sur une même activité commune. Parallèlement, j'ai voulu me concentrer principalement sur la figure de l'intervenant dans le but d'approfondir ma réflexion sur la distinction faite entre les différents types d'atelier. C'est pour cela que les intervenants sont les plus nombreux. Les personnes étaient contactées soit par

téléphone, soit par mail, soit directement dans le cadre des entretiens que j'ai menés à la clinique dans laquelle je travaillais. La retranscription des entretiens donne la possibilité de croiser les points de vue, d'enrichir mon analyse et d'accéder à des témoignages divers.

Conditions de tenue des entretiens

Pour mener mes entretiens j'ai utilisé un guide préalablement établi. Des questions relativement ouvertes m'ont permis d'élaborer cette grille d'entretien. J'ai tenté de préserver la parole des personnes enquêtées pour ne pas interférer dans le déroulement de leurs pensées, de leurs logiques. Dans le cadre d'une enquête qualitative où les praticiens sont créateurs de leur propre protocole, les ateliers s'organisent tous différemment, chaque entretien se doit d'être affiné au plus près des questions qui émergent de ces protocoles. Les grilles d'entretien étaient donc différentes en fonction de la catégorie de la personne interrogée.

Au début de chaque entretien je présentais la démarche de l'entretien et son importance dans mon travail. La parole était ensuite laissée libre en réponse à mes questions et je réagissais au besoin lors de la réponse de la personne. Ces réactions étaient en lien avec ce que me disait la personne et que je jugeais intéressant d'approfondir. Les questions de relance n'étaient pas établies à l'avance. Elles furent nécessaires parfois lorsque la personne perdait le fil. Les entretiens se sont réalisés dans différents lieux : hôpitaux, clinique, administration culturelle, bar et domicile des personnes. Le lieu était défini lors de la prise de rendez-vous. Des visioconférences ou des entretiens téléphoniques ont été préférés lorsque les distances étaient trop importantes. D'une durée moyenne de 40 minutes nous en avons réalisé 45. 30 heures d'entretien ont donc été réalisées et retranscrites partiellement. J'ai mené l'ensemble de ces entretiens et les ai retranscrits en sélectionnant les parties que je jugeais les plus intéressantes pour répondre à mes hypothèses.

Enquête statistique

Interroger les médiations à dominance théâtre dans les établissements de soins impose une rigueur dans la définition des termes employés. Les médiations peuvent être dans les milieux de soins de plusieurs ordres. Médiations artistiques comme dans n'importe quel milieu où l'action culturelle relève d'une volonté de démocratisation et de respect des droits culturels ou médiations artistiques thérapeutiques où l'art est utilisé dans l'accompagnement du soin ou comme thérapie à proprement parler. Une typologie des ateliers a dû donc rapidement être esquissée avec comme base les travaux déjà menés.

Cette troisième phase de la recherche a débuté autour de l'étude des ateliers en arts du spectacle sur la période 2014 à 2019. J'ai ici directement interrogé les établissements de soins concernés grâce à un questionnaire disponible en annexe 3. Il regroupait 9 questions (nom de l'intervenant, type d'atelier, année entre 2014 et 2019, nom de l'établissement, type d'établissement, type de public, finalité des ateliers, critère d'évaluation des actions, autres formes si plus de moyens). 202 réponses me sont parvenues et 861 ateliers sont décrits. Le faible taux de réponse peut s'expliquer par le fait que les personnels des établissements de santé n'avaient pas forcément le temps de répondre à notre questionnaire. Aussi, l'intérêt de mon étude a parfois posé question aux personnels soignants et administratifs. Ces informations ont été complétées par les listes des projets artistiques à dominance arts du spectacle soutenus par des financements spécifiques (Culture et Santé, Elan Retrouvé, Soins et Culture, Tournesol, Asphodèles Ateliers du Pré).

Principalement issues des DRAC et ARS, ce listing de projets couplé aux questionnaires reçus directement des établissements m'ont permis de référencer 1629 ateliers en arts du spectacle sur la période 2014-2019, 362 en théâtre et 440 en pluridisciplinaire où le théâtre est souvent présent. Je parle ici de l'inscription du théâtre dans l'ensemble des établissements de soins en général. En ce qui concerne les ateliers de théâtre en psychiatrie nous avons référencé 106 ateliers différents sur la période 2014 à 2019 (il s'agit de 106 ateliers menés par des intervenants différents mais qui peuvent se dérouler durant plusieurs années sur la période étudiée) . Autre détail d'importance, les données transmises par les DRAC et les ARS concernaient uniquement les projets soutenus par les subventions publiques ciblées dans le cadre du dispositif Culture et Santé. Il est évident que de nombreux ateliers financés directement par les établissements n'ont pas pu être tous listés.

Cette collecte de données importante a alimenté une étude statistique grâce au logiciel R et une cartographie des ateliers grâce au logiciel Qgis qui donnent une vision quantitative de la distribution et de la fréquence des ateliers. L'apport du questionnaire outre le volet quantitatif décrit ci-dessus, permet également une meilleure description des ateliers tant dans leurs finalités que dans le public participant. C'est un travail original qui n'avait pas encore été mené à l'échelle nationale.

Je citerai une nouvelle fois Passeron pour qui l'importance du contexte est primordiale dans le cadre de l'utilisation de statistique.

Un raisonnement sociologique ne peut être de part en part ni de bout en bout un raisonnement expérimental. Le raisonnement statistique qui met en rapport des variables pour conclure, dans un langage de la probabilité, à la validité de corrélations se fondant sur des constats empiriques est bien un raisonnement expérimental, mais il ne le reste qu'autant qu'il n'énonce rien sur le monde historique : dès qu'on met du sens dans l'énoncé de ses corrélations formelles, les phrases se chargent de contexte, dit ou non-dit ²²³.

Constituer une typologie sociologique des divers ateliers pour en décrire les disciplines, les finalités et les différents statuts (artistes professionnels, soignants artistes amateurs, art-thérapeutes, bénévoles extérieurs, autogestion de publics amateurs, etc.) oblige donc également à définir tant soit peu un contexte historique précis. C'est l'une des raisons pour laquelle j'ai souhaité étudier l'histoire de la relation entre théâtre et soins des maladies mentales. Décrire les évolutions, tendances et inflexions de 2014 à 2019 dans le but de favoriser une lisibilité et une réflexivité de la politique culturelle était également un objectif de l'établissement de cette typologie et de cette démarche historique. L'établissement d'une cartographie détaillant la fréquence et les types d'actions, en spécifiant les disciplines artistiques, pour chaque établissement répertorié, de façon distincte permet de mettre en évidence la distribution géographique des actions, la singularité des offres par établissement, les types de financements (DRAC, fonds propres des établissements, associations, etc.). Enfin, la réalisation d'une base de données relativement exhaustive d'un répertoire d'artistes intervenants me permet aujourd'hui de référencer 326 intervenants en atelier théâtre dans l'ensemble des établissements de soins.

²²³ J.-C. Passeron, *Le raisonnement sociologique*, op. cit. P.154

Comment s'est déroulée la collecte de données auprès des établissements hospitaliers, des structures régionales et du réseau associatif de l'action culturelle et artistique ?

Données quantitatives en Ile-de-France

Une prise de contact a été effectuée directement avec les établissements sur la région IDF en 2018. Elle a permis un taux de réponse au questionnaire de 33%

- Prise de contact téléphonique avec 1077 établissements hospitaliers d'Île-de-France issus de la liste de la région Ile-de-France de 2016 (source FINESS) :
 - centres hospitaliers régionaux (C.H.R.)
 - centres hospitaliers (C.H.)
 - centres hospitaliers spécialisés lutte maladies mentales
 - centres de lutte contre le cancer
 - hôpitaux locaux
 - établissements de soins de suite et de réadaptation
 - établissements de soins de longue durée
 - établissements de soins de courte durée
 - autres établissements de lutte contre les maladies mentales
 - établissements d'enfants à caractère sanitaire
 - établissements de lutte contre l'alcoolisme
- 1077 établissements interrogés
 - 757 structures ont répondu à notre demande (prise de contact par téléphone)
 - 263 structures ont affirmé avoir des ateliers de pratique artistique liés aux arts du spectacle. Nous verrons ci-dessous la définition des ateliers de pratique artistique.
 - 320 structures n'ont pas pu être contactées car soit le numéro de téléphone ne correspondait pas soit personne ne répondait au téléphone

Sur les 1077 établissements au moins 24% des établissements ont un atelier de pratique artistique en lien avec les arts du spectacle. Ce pourcentage est étonnamment élevé.

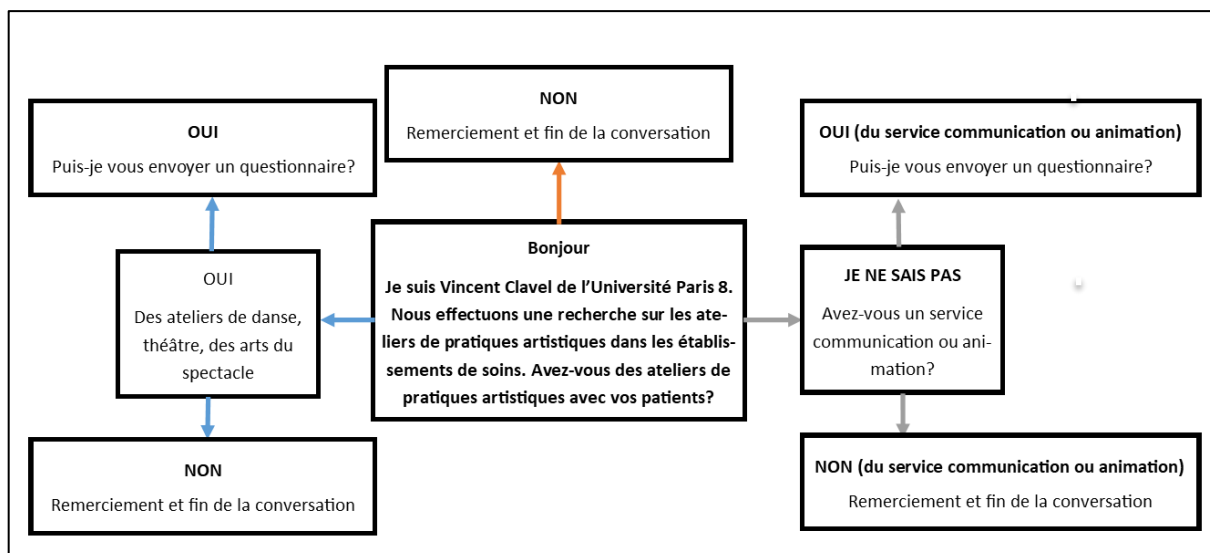


FIGURE 1 SCHEMA DE PRISE DE CONTACT TELEPHONIQUE

Le temps de réponse était plus ou moins long. Dans les petites structures la personne répondant au téléphone était souvent au courant de la tenue d'un atelier. Dans les plus grosses, CHR ou GH par exemple le service s'occupant des ateliers de pratique artistique fut parfois long à trouver. La hiérarchie des différentes structures s'est fondée au cours du temps et avec l'histoire spécifique de chaque établissement. Le chargé culturel n'est pas toujours bien identifié quand il existe. Il peut être dans le service communication, le service animation au même au niveau de la direction des soins. Aussi la définition de ce qui est artistique ou non ne fut pas évidente. A plusieurs reprises le cadre infirmier a pu se demander si les ateliers à médiation thérapeutique entraient bien dans le champ des pratiques artistiques. La distinction entre médiation thérapeutique, médiation artistique et intervention d'artiste n'était pas toujours très claire.

Un fichier Excel me servait ensuite de base de données. Le numéro de téléphone, le type d'établissement, la présence ou non d'atelier de pratique artistique, l'adresse mail et le nom des référents culturels étaient notés. La reprise de la base de données après avoir interrogé tous les établissements a été importante pour relancer les établissements qui n'avaient pas répondu aux questionnaires. Il est à noter que quelques établissements n'ont pas souhaité me transmettre les informations concernant leurs pratiques à cause du secret médical. Pour moi cette notion de secret médical a été plusieurs fois un problème pour accéder aux données directement auprès des établissements. Des réponses diverses ont été données autour de cette problématique du secret médical (protection des patients, manque de clarté dans la demande et dans l'attachement institutionnel).

Données quantitatives en France

Le questionnaire au niveau national a été administré aux structures de santé grâce aux soutiens d'Alexandra Fourcade chef du bureau des usagers au niveau de la Direction Générale de l'offre de soins au Ministère de la Santé et des ARS. Elle a soutenu ma demande auprès des directions des ARS. C'est donc une porte d'entrée par le monde médical qui m'a offert la possibilité de constituer une base de données en France. J'ai obtenu pour les établissements des régions que j'ai contactées en 2019 un taux de réponse au questionnaire de 13%. Sur la France ce sont environ 4000 établissements qui ont été interrogés. Je décrirai et analyserai les résultats dans le cinquième chapitre.

Lectures, archives et documents administratifs

L'étude d'archives et la lecture de nombreux ouvrages ont permis de lister les différentes formes d'organisation des ateliers de théâtre en psychiatrie pour ensuite les analyser, en faire une typologie, en décrire les acteurs, comprendre leurs structures et leurs constitutions. Cette étape du travail sociologique, de recherche bibliographique, de lecture et d'analyse de données de seconde main n'a cessé, tout au long de ma recherche, d'alimenter mes découvertes et ma réflexion. Les écrits sur le sujet sont relativement nombreux lorsque l'on aborde la liaison du théâtre et de la psychiatrie sous ses multiples aspects (médical, psychologique et sociologique). Je me suis concentré sur les ouvrages qui traitent de la vision des différents acteurs, de l'organisation des ateliers, de la place que peut prendre l'activité théâtre dans une prise en charge en psychiatrie et de son évolution dans le temps.

De nombreux documents m'ont été transmis par les établissements de soins, les chargées de missions Culture et Santé et par les artistes eux-mêmes. L'analyse de ces documents et l'étude des projets artistiques permettent de connaître les conditions de déroulement des ateliers, leurs chronicités, leurs objectifs. Ce sont des documents faciles d'accès mais dont le volume est important. Un tri a permis de conserver uniquement ceux qui étaient les plus pertinents pour mon sujet, notamment une enquête de l'ARS de Normandie sur les projets soutenus dans le cadre du dispositif Culture et Santé.

Une collecte de données a également été effectuée sur internet et auprès de professionnels pour la partie relevant de formations proposées aux intervenants. Ce recensement des formations que j'utilise dans la partie relative à la légitimation de la profession est utile pour se rendre compte de la diversité des cursus et de la multitude d'organismes permettant d'envisager une formation dans ce domaine.

Enfin, l'important fonds d'archives vidéo de l'atelier théâtre organisé au Centre Hospitalier Sainte Marie du Puy-en-Velay m'a été rendu accessible grâce à Bruno Boussagol, comédien et intervenant dans le service du Docteur Michel Couhade durant une vingtaine d'années. La captation des séances de répétition et des spectacles de la compagnie créée dans ce service de pédopsychiatrie constituent cet ensemble de documents vidéo. J'ai consulté une vingtaine d'heures de captation pour comprendre et analyser le procédé de Boussagol mis en place dans cet établissement et pour pouvoir donner des pistes de réflexions autour de ce travail pionnier et novateur.

Méthode d'analyse de la pratique performative

La complexité de l'expérience esthétique ne m'empêche pas ici de proposer une description et une analyse des données récoltées à partir des éléments théoriques issus des études en arts du spectacle. J'utiliserai les méthodes de description et d'analyse de l'anthropologie théâtrale et de l'ethnoscénologie pour rester au plus proche de la pratique en tant que telle et éviter l'ethnocentrisme. Par des propositions d'intégration des résultats à ces traditions épistémologiques, j'identifierai les situations concrètes, notamment autour de la question du corps décrite par Céfai²²⁴, en les rapprochant des notions plus abstraites (cas de la socialisation ou de la sociabilité par le théâtre, ethnographie des exercices et textes utilisés, place du public, notion de groupe...). Dans l'ouvrage *Les usages de la sociologie de l'art*, Nicole Ramognino rappelle que :

Lorsqu'un chercheur décide de construire un objet sociologique à partir des phénomènes sociaux complexes qui relèvent d'un domaine de spécialisation, quelles opérations fait-il ? Comme cela semble évident à tout chercheur, le travail analytique doit nécessairement décomposer des phénomènes complexes pour justement pouvoir les traiter scientifiquement. Comment s'effectue la décomposition analytique et en quoi rend-elle possible ou oriente-t-elle l'observation, la compréhension et/ou l'explication de ce phénomène social complexe dans sa spécificité « esthétique », artistique ou culturelle²²⁵ ?

Les spécificités de l'art posent évidemment des interrogations d'ordre épistémologique, en particulier sur les notions d'esthétique et d'artistique. Passeron rappelle également dans *Le raisonnement sociologique* que les études en sociologie de la culture obligent à combiner plusieurs méthodes pour aborder la complexité des phénomènes. La question de la réception artistique est pour lui centrale et ne peut s'étudier uniquement par des données statistiques. « Le caractère « composite » de tout plaisir artistique ou culturel²²⁶ » est identifié par Passeron et il est important également pour moi de rappeler ici, grâce à l'ouvrage de Passeron que tout fait social ne peut pas être considéré comme « fait social total » dans la lignée de Mauss.

Les valeurs et normes esthétiques de ces ateliers pourront malgré tout être abordées pour tenter d'approcher les dimensions morphologiques de la constitution de ces médiations

²²⁴ D. Cefaï, *L'enquête de terrain*, op. cit. P.545

²²⁵ GIREL Sylvie et PROUST Serge, *Les usages de la sociologie de l'art: constructions théoriques, cas pratiques: 2e congrès de l'Association française de sociologie, 2006*, Paris, Harmattan, 2007, 127 p. P.47

²²⁶ J.-C. Passeron, *Le raisonnement sociologique*, op. cit. P.464

culturelles. L'action, la situation, l'individu et le collectif sont consubstantiels de ces conventions. Les étudier au regard de la pratique et du terrain ancre les informations recueillies dans l'organisation de la prise en charge des patients.

Conclusion de la première partie

Dans cette première partie, j'ai posé les bases de ma réflexion et montré que l'utilisation du théâtre dans les services de psychiatrie trouve des origines dans des pratiques très anciennes (pratiques chamaniques, catharsis Aristotélicienne, traitement moral, psychanalyse...). De nombreux chercheurs en psychologie, psychiatrie ou encore en arts du spectacle se sont intéressés aux questions d'ordre médical et artistique autour de ces pratiques. Ils ont produit des travaux qui permettent de comprendre les spécificités de chacune des pratiques relatives au théâtre dans les services de psychiatrie. On peut dire qu'entre la dramathérapie, la pratique théâtrale et le psychodrame, il existe des similitudes qui permettent de rapprocher ces activités lorsque l'on étudie l'inscription du théâtre dans les modes de soins en psychiatrie. Chacune d'elles adopte des conventions liées à la pratique théâtrale. On parle dans ces ateliers de rôles, de protagonistes, d'acteurs et de spectateurs. Un espace scénique est délimité. J'ai montré que ces pratiques partagent une histoire commune et se différencient au cours des cinquante dernières années en particulier du fait de l'évolution de la prise en charge du patient dans son environnement social. Nous verrons dans les parties suivantes comment cela peut être mis en lien avec des théories médicales en psychiatrie aujourd'hui variées.

Le domaine de la sociologie ne semble pas avoir encore pleinement investigué les questions relatives à l'organisation de ces pratiques, aux valeurs et normes partagées par les différents acteurs, notamment autour des questions liées à la professionnalisation d'un secteur en plein essor. Les points aveugles de la recherche sociologique sur cette question de la place du théâtre en psychiatrie sont nombreux : il reste à produire une typologie claire des acteurs et des actions concernés, à décrire et analyser les modes d'organisations, les représentations, les acteurs, leurs relations, les statuts professionnels et surtout les raisons d'être de ces ateliers.

Dans mon étude, il s'agira donc de proposer une histoire de la naissance et du développement de ces ateliers théâtre et plus globalement de l'inscription du théâtre en psychiatrie en éclairant le contexte qui a favorisé ce développement. Aussi, je m'emploierai à décrire la réalité de ces ateliers théâtre aujourd'hui, une réalité diverse (diversité des fonctionnements, des traditions psychiatriques qui fondent ces ateliers...). Un référencement, pour affiner la catégorisation de ces ateliers théâtre aujourd'hui sera aussi proposé pour les localiser, les situer sur le territoire français.

En plus de ce travail de contextualisation, un éclairage sur leur fonctionnement sur le terrain sera apporté autour d'une étude ethnographique de ces ateliers et de leurs objectifs, et cela autour d'une analyse de chacun des acteurs : le responsable de l'atelier, les soignants-intermédiaires-institutions et enfin les patients.

Le référencement des ateliers de théâtre en psychiatrie et leur localisation sur le territoire français n'ont jamais été effectués au niveau national. La sociologie n'a pas encore à ma connaissance produit de travaux spécifiques sur les lieux où se déroulent ces activités, les personnels de santé et les théories médicales qui prônent le recours au théâtre. L'analyse des relations entre les différents acteurs dans les divers dispositifs donne la possibilité de comprendre ce qui se joue entre le soignant, l'intervenant, le patient et l'institution. Tout ceci clarifie le statut de l'intervenant et offre un nouveau regard sur des pratiques théâtrales diverses, la coopération entre l'intervenant et l'univers de la psychiatrie.

L'objectif de ma thèse est donc d'apporter la lumière sur ces points et de répondre à trois hypothèses :

L'accès aux droits culturels pour les patients psychiatriques s'est développé en parallèle aux processus de déstigmatisation, de rétablissement et de réhabilitation psychosociale. Le nombre d'ateliers théâtre à vocation artistique augmente au cours des dernières décennies dans les services de santé mentale. Je suis donc parti de l'hypothèse que le développement de l'activité théâtre en psychiatrie est révélateur d'une évolution du regard porté sur les malades par les soignants, les artistes et les personnels administratifs tant dans leurs considérations que dans leurs potentialités. On donne aux patients la capacité de créer dans le cadre du respect des droits culturels et l'intérêt que le reste de la cité leur porte est croissant dans cet aspect créatif, artistique. Une part de ces initiatives revient également parfois aux patients (par exemple, à la Clinique La Borde, le choix des activités est régulièrement discuté avec les patients qui ont leur mot à dire). Même si cette part est résiduelle, et que la responsabilité décisionnaire relève de l'institution, il semble important de ne pas l'oublier

Parallèlement à cela, l'activité théâtrale, lorsqu'elle a lieu dans les structures psychiatriques, peut également être envisagée comme une thérapie. Le théâtre aurait des vertus thérapeutiques certaines pour les patients de la psychiatrie. De nombreux soignants et comédiens se sont ainsi spécialisés dans ce que l'on appelle la dramathérapie, la médiation thérapeutique ou le psychodrame. La seconde hypothèse se centre sur la place de ces ateliers thérapeutiques et occupationnels basés sur le théâtre dans les soins prodigués aux patients. La

pratique théâtrale se trouve ici à la croisée de plusieurs disciplines (psychologie, ergothérapie, psychiatrie, sociologie et étude théâtrale) et marque une autre évolution de la prise en charge des malades en établissement de soins des maladies mentales, celle de la pluridisciplinarité.

La dernière hypothèse que je propose se centre elle sur le financement de ces ateliers. Les raisons du développement de ces activités ne sont pas toujours aussi vertueuses que décrites ci-dessus. Elles questionnent les priorités dans les moyens financiers alloués à ces services psychiatriques souvent pointés du doigt pour une politique économique de rigueur budgétaire et un manque de moyens²²⁷ consécutifs à cette rigueur. De plus, ce monde de la psychiatrie parfois fascinant vu de l'extérieur peut attirer des artistes. Leurs embauches se justifient dans le cadre de divers protocoles administratifs. Le financement ciblé sur ce type de projet s'inscrit pour autant dans une institution « à bout de souffle²²⁸. » La discipline psychiatrique est en crise et on peut lire dans un récent rapport d'information de l'Assemblée nationale que « la filière psychiatrique, et en particulier la psychiatrie publique, est au bord de l'implosion.²²⁹ »

²²⁷ LEBOYER Marion et LLORCA Pierre-Michel, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Paris, Fayard, 2018, 459 p.

²²⁸ *Ibid.*

²²⁹ COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, FIAT Caroline et WONNER Martine, *Rapport d'information relative à l'organisation de la santé mentale*, Paris, Assemblée Nationale, 2019.

**Deuxième partie : L'activité théâtrale
aujourd'hui. Etat des lieux.**

Chapitre 4 : La prise en compte de l'environnement social dans la prise en charge des malades, l'exemple de l'activité théâtrale

Au fur et à mesure de l'avancée dans ce travail de recherche, lors de rencontres informelles ou d'entretiens, des points de vue divers m'ont été rapportés sur les raisons de l'inscription du théâtre dans les établissements psychiatriques. Des ateliers aux vocations parfois opposées s'organisent, les uns relevant du soin quand les autres s'en distinguent largement. Ces pratiques aussi diverses soient-elles se développent et le nombre d'ateliers sur la période 2014 à 2019 n'a cessé de croître. Dès lors, on peut s'interroger sur cette progression de l'activité théâtrale et formuler l'hypothèse qu'elle est un marqueur d'une évolution sociale dans la prise en charge des patients, une évolution plus globale : celle de la représentation même du patient.

Pour ce faire j'ai choisi, dans une première partie, de ne pas centrer uniquement l'analyse sur l'activité théâtrale mais d'interroger la pratique artistique en général dans les services de psychiatrie. Les arts s'exercent dans ces services depuis le début du XIX^{ème} siècle. Ils ont été utilisés à des fins diverses : soins, avant-garde artistique, collection et démocratisation de la pratique artistique. Il est, dans ce chapitre, intéressant de noter les

évolutions dans la justification de ces activités autour des concepts de production artistique, de thérapie occupationnelle, d'art thérapie et de politique culturelle liée à l'accès à la création contemporaine. Cela ne concerne pas uniquement l'activité dramatique et renseigne sur les progrès dans la considération des malades, de leur accès aux droits culturels et à la valeur accordée à leurs créations. Ces changements touchent donc autant le monde de l'art que le monde du soin bien que le lieu considéré de la pratique soit ici l'institution psychiatrique.

Observer les modifications que ces activités entraînent au niveau de l'organisation des structures, avec en particulier l'apparition de nouveaux acteurs, montre l'impact de l'activité artistique au niveau de la prise en charge des patients en santé mentale. Les établissements de soins, en particulier des maladies mentales, ont toujours entretenu des liens avec les artistes. Aujourd'hui ces derniers, qu'ils soient amateurs ou professionnels, ont des missions multiples. Ils sont là pour calmer la douleur, préserver le lien social, redonner confiance aux malades. Ils peuvent prendre part au soin du patient dans une optique de prise en charge globale, liant *cure* et *care*.

Il faut dans une seconde partie, à la suite de la description des évolutions liées à la pratique artistique en psychiatrie, recentrer le propos sur le théâtre et montrer que cette pratique détient quelques particularités. Comme je l'ai montré dans le chapitre précédent, l'utilisation de l'art dramatique en psychiatrie découle de plusieurs théories et savoirs pratiques et trouve dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle un terreau fertile à son développement. Plusieurs phénomènes majeurs (psychothérapie institutionnelle, démocratisation de la pratique artistique, démocratie sanitaire, rôle social de l'artiste...) expliquent cette croissance. Je l'analyserai afin de comprendre les raisons du développement de ce type d'activité. Les activités théâtrales dans les services de psychiatrie sont de plus en plus nombreuses grâce à l'implication de nombreux acteurs. Peut-on alors établir des catégories d'activités et montrer des évolutions en fonction de ces catégories au regard de la prise en charge des patients ? C'est ici un questionnement sur la place de la dramathérapie, du psychodrame, de l'activité théâtrale dans le parcours de soins.

La troisième partie concernera, elle, la légitimation du travail artistique dans ce cadre particulier. Il m'est apparu important de questionner la valeur accordée à ces pratiques théâtrales de personnes souffrant de troubles psychiatriques. La réception de l'objet artistique créé avec les patients est au cœur des politiques culturelles développées ici. Il faut forcément aborder cet aspect de la considération de la production artistique des malades, lorsqu'une restitution d'une création a lieu, qu'une simple représentation d'un atelier est proposée ou

encore quand l'art est utilisé dans le cadre de la thérapie. Comment se passe la réception ? Qui dit que c'est de l'art ou pas ? Que demande-t-on au patient lorsqu'il s'inscrit dans un projet, d'être artiste, d'être amateur d'art, de découvrir une pratique artistique ou simplement de participer à une action socioculturelle qui doit lui permettre de pratiquer un art qui peut l'aider à s'intégrer à la société qui l'entoure ?

Ce quatrième chapitre trouve sa place dans la deuxième partie de cette thèse sur l'état des lieux des pratiques actuelles. Il permet de poser des jalons autour des évolutions liées à la prise en compte du patient autour d'un travail théâtral. Ce chapitre ouvre la réflexion qui soutient l'ensemble de ce travail doctoral sur la justification de l'emploi du théâtre dans les services de psychiatrie, la place du théâtre dans l'évolution de la prise en charge des patients. Les deux parties suivantes viendront illustrer ce propos autour de données quantitatives et d'une recherche ethnographique. Elle combinera des données de terrain et données issues d'entretiens avec des personnes pratiquantes ou entrant dans l'organisation de ce type d'activité.

L'art dans les services de psychiatrie

Intérêt pour la production artistique des patients

La liaison entre l'histoire du théâtre et de la psychiatrie a été développée dans le chapitre précédent. Pour autant, quelques précisions sont ici nécessaires sur l'inscription de l'art en général, et non plus seulement du théâtre, dans les services de soins des maladies mentales. Cela permet de comprendre les différentes écoles et obédiences en psychiatrie faisant intervenir l'art dans ce secteur médical. Cette inscription s'est grandement développée dans les soixante dernières années et cette partie va permettre de comprendre un peu mieux les objectifs de chacun. Connaître les multiples arguments pour utiliser les arts dans les secteurs psychiatriques et leurs utilités, assertion n'allant pas forcément de soi, ouvre la possibilité d'analyser le truchement entre sanitaire et artistique.

Ce qu'il est utile de signaler pour débiter est l'utilisation des productions artistiques des patients (écrits, dessins et peintures) à la fin du XIX^{ème} siècle par des médecins aliénistes dans le cadre d'études nosologiques. Max Simon et Max Parchappe en particulier sont des médecins qui s'interrogent sur la liaison entre la production artistique et les manifestations des troubles mentaux. « En somme, la composition des lettres du maniaque traduit exactement le désordre intellectuel de leur auteur et, chose remarquable, mais qu'on pouvait cependant prévoir, le papier porte la trace matérielle du trouble mental du patient²³⁰. » Ces psychiatres lient l'expression de la maladie à la production artistique. Les médecins exploitent alors les créations de leurs patients comme outils de diagnostic.

Quelques années plus tard, le médecin Paul Meunier se questionne sur l'esthétique des productions artistiques des aliénés dans son ouvrage de 1907, *L'art chez les fous*, et plus seulement sur la manifestation de la pathologie. Cet ouvrage marque le début de la multiplication des collections de médecins de la production artistique des patients et l'intérêt croissant porté à ce type de production. L'une des collections les plus importantes est celle de Hans Prinzhorn. Il publie en 1922 *Expression de la folie, dessins, peintures, sculptures d'asile*. Ce texte est à l'origine de l'intérêt que porteront alors les psychiatres à ce type d'expression.

²³⁰ SIMON Max, *Les écrits et les dessins des aliénés*, Lyon, A. Storck, 1888.

On peut également citer Walter Morgenthaler qui s'occupe d'un patient, Adolf Wölfli, connu grâce à la monographie qu'il lui consacre, publiée en 1921, *Un aliéné artiste*.

L'Exposition internationale d'art psychopathologique en 1950 marque une nouvelle étape dans la considération faite à la production des aliénés. Certains psychiatres, au milieu du XXème siècle, considèrent toujours, à l'instar de Max Simon, que des signes pathologiques se manifestent dans la production artistique des malades, d'où le terme d'art psychopathologique. Cette exposition offre aussi la possibilité à l'hôpital Sainte-Anne de regrouper de très nombreuses œuvres et de débiter une collection. Elle s'enrichit encore dans les années 1960 et aujourd'hui un musée est consacré à cette importante collection. La majeure partie des artistes présentés a travaillé dans les premiers ateliers d'art-thérapie de l'hôpital Sainte-Anne.

Parallèlement le monde artistique produit des discours à la fois admiratifs et déstigmatisants sur ce type de production artistique. Jean Dubuffet crée en 1949 la Compagnie de l'Art Brut avec d'autres plasticiens. Par art brut il entend des œuvres produites par des artistes étrangers aux milieux artistiques professionnels. Dès lors, les productions artistiques venues d'autres milieux que celui de l'art institutionnel vont être considérées et des collections de plus en plus importantes vont se constituer. Il s'agit des musées d'Art Brut de Lausanne et comme cité ci-dessus du musée de Saint Anne, du MIAM à Sète, du musée des Arcades au CH Montfavet... Un festival, Art et Déchirure, est même créé en 1989 par deux infirmiers du Centre Hospitalier de Rouvray, établissement spécialisé en santé mentale. Ce festival offre la possibilité d'admirer les productions plastiques et les spectacles d'artistes en souffrance. Une exigence artistique est ici imposée et les organisateurs souhaitent lutter contre la complaisance qui pourrait être accordée à ce type de production. Dans le cadre de ce festival, il est à souligner la présence forte du théâtre et des arts du spectacle autour de productions proposées par des compagnies théâtrales formées dans les établissements psychiatriques à l'instar de celle de Boussagol créée dans les années 1980 et sur laquelle je reviendrai.

Dès les années 1980 se tinrent plusieurs colloques et manifestations organisées par des psychiatres, au cours desquels furent proposées des représentations théâtrales avec les malades. Nous citerons le festival « Théâtre et psychiatrie » du centre hospitalier de Bassens, en 1983, animé par le docteur Chabert, avec N. Breitenbach, J. Broustra, J. Gillibert et moi-même, ou encore « Théâtre à la folie » (1989-1994), à Saint-Jean-de-Braye (avec J.-L. Chiffe), « Art et déchirure » dirigé par J. Rodriguez, G. Troll, puis J. Delaunay et J. Sagit à Rouen. En 1998, sous la dénomination *Théâtres de*

l'autre, des metteurs en scène travaillent avec « la folie, le handicap, la détention, l'âge » : ils se réunissent et revendiquent un nouveau rapport au théâtre « au plus près de la crise intérieure » des créateurs²³¹.

On le voit, le patient n'est plus dans ce type de projet réduit à sa simple pathologie. Une reconnaissance de sa capacité de création et de l'intérêt de celle-ci apparaît dès le début du XXème siècle et se confirme par la suite. Une multiplication des vertus bénéfiques de l'art pour les patients (compréhension de ses émotions, canalisateur de pulsions, catalyseur d'angoisse, évasion et imaginaire, art propice au voyage de l'esprit) découle de cette modification du regard et permet d'aboutir, parallèlement à la création artistique en tant que telle, à un art entrant pleinement dans la thérapie.

Ce détour historique éclaire le développement de la place accordée à l'art et à la culture dans les hôpitaux psychiatriques au cours de leurs évolutions. D'abord mobilisée comme élément de diagnostic, l'activité artistique est repensée, notamment depuis l'intégration progressive de l'art contemporain dans les hôpitaux. Cet art, en multipliant les réflexions à dimension sociale, interroge et bouscule l'institution hospitalière, l'entraînant de surcroît vers une remise en question de ses pratiques et leurs finalités.

Thérapie occupationnelle et art thérapie

A la suite de la seconde guerre mondiale, les activités culturelles occupationnelles ou thérapeutiques se développent dans plusieurs établissements psychiatriques (Saint Alban, Bron...). Paul Balvet, médecin à l'hôpital du Vinatier crée ainsi un pavillon destiné à une thérapie dite occupationnelle ou récréationnelle autour de pratiques artistiques. Les conditions de vie dans ces établissements sont alors dures et cette évolution est majeure dans la prise en charge des patients. Des centres d'ergothérapie, de thérapies occupationnelles se développent. Face à l'immobilisme de certains sujets, toute activité physio-psychologique a un pouvoir bénéfique. Les ateliers occupationnels et d'ergothérapie sont alors à l'origine des premiers ateliers dits d'expression libre autour d'Arno Stern. L'expression, sous la forme d'ateliers thérapeutiques, contribue au traitement approfondi des patients psychotiques²³².

²³¹ KLEIN Jean-Pierre, *Théâtre et dramathérapie*, Paris, Presses universitaires de France, 2015. P.52-53

²³² BROUSTRA Jean, *Abécédaire de l'expression : psychiatrie et activité créatrice, l'atelier intérieur*, Ramonville Saint-Agne, Erès, « Collection "Des travaux et des jours" », 2000, 262 p.

L'utilisation à des fins thérapeutiques de l'art apparaît dans le milieu du XX^{ème} siècle. Moreno, dont j'ai évoqué les théories dans le chapitre 3, fait ici figure de précurseur avec la pratique du psychodrame. Le concept d'art thérapie voit réellement le jour en France dans les années 1960 où les premiers ateliers officiels sont ouverts à l'hôpital Sainte Anne à Paris. Accorder une valeur thérapeutique à l'art est à l'origine de la création du principe d'art thérapie sous toutes ses formes (dramathérapie, musicothérapie, danse-thérapie...) et au développement des différentes psychothérapies qui utilisent les techniques théâtrales. Ce rapprochement est permis par une place de plus en plus importante des apports de la psychanalyse et de la psychologie dans les traitements en santé mentale : « La valeur thérapeutique de l'art trouve son premier cadre scientifique avec l'essor de la psychanalyse et de la psychologie. L'art permet d'explorer un monde nouveau, l'inconscient et l'art thérapie font leur apparition à l'hôpital psychiatrique²³³. »

A partir de ce moment, l'art thérapie quitte le champ de l'occupationnel. « L'aménagement d'un lieu, la mise à disposition de fournitures et surtout l'incitation à l'expression donnent naissance à un art encadré, organisé, en tous points opposé aux manifestations solitaires de l'art brut. Depuis, le débat est posé et ouvert, concernant la frontière entre manifestation artistique et art thérapie²³⁴. » L'avènement de l'art thérapie et de la prescription artistique auprès des personnes hospitalisées modifie le regard porté par les soignants sur les productions des patients. L'art dans les années 1970 rentre de plus en plus dans le processus de soin et transforme le rapport soignant soigné. Les productions n'intéressent que par le cheminement qu'elles impliquent, il s'agit d'un processus psychodynamique. Il n'existe pas de jugement sur la production artistique des patients. Actuellement, l'art thérapie est en pleine expansion. Les acteurs de ce secteur se structurent et militent pour une reconnaissance pleine et entière de leurs professions, en particulier les dramathérapeutes.

Dans les années 80, on constate le développement d'une politique culturelle ouverte à l'art contemporain en parallèle d'une pratique artistique de plus en plus présente à l'hôpital : « Dans la plupart des institutions se créent des ateliers dans lesquels les droits à l'expression des patients et à la recherche de ressources créatives deviennent fondamentaux. Les soignants délaissent progressivement les activités occupationnelles et d'animation pour des activités

²³³ GÜNTER M., « Art therapy in the psychiatric clinic. A historical analysis of the development of art studios », in *Psychiatrische Praxis*, n° 5, vol. 17, 1990, p. 163.

²³⁴ COLIGNON Martine, « Art-thérapie, médiations artistiques : quelles différences pour quels enjeux ? », in *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 4, N° 72, 2015, p. 295-315.

expressives et médiatisées²³⁵. » En 1984 une Commission interministérielle « Musique et perspectives de soins » s'interroge sur la liaison de l'art et de la thérapie. Elle regroupe des artistes, des psychiatres, des agents des ministères de la Culture et de la Santé et le philosophe Francis Jeanson. Le choix de cette commission est de placer une distance entre l'art et la thérapie. « Ainsi s'opère une rupture fondatrice, qui évite la fusion des objectifs et tient l'art à distance des enjeux du soin²³⁶. » Toute médiation artistique ne se situe pas dans le même registre. L'art thérapie relève d'un choix thérapeutique. La politique culturelle s'en distingue, l'objectif est une collaboration entre deux secteurs et non un objectif thérapeutique. L'art entre dans la dimension du *care*, du prendre soin.

A la suite des définitions plus précises des différents types d'ateliers et d'activités liant art et soins, de plus en plus d'associations culturelles franchissent les murs de l'hôpital à partir des années 1990, à l'instar du Rire médecin, qui envoie ses clowns dans les services d'oncologie pédiatrique, ou Tournesol, Artistes à l'hôpital qui dépêche des musiciens auprès des malades de services de cancérologie ou de gériatrie associations dont la voie a été depuis suivie par de nombreuses structures en France.

La politique culturelle contemporaine

Plus récemment, à la suite de ces expériences novatrices, la création artistique contemporaine et professionnelle entre petit à petit dans l'hôpital, en particulier dans les services de psychiatrie. Elle participe au développement de réflexions nouvelles autour de problématiques sociales et d'accès aux droits culturels. Les projets artistiques montrent la mobilisation possible de la culture au profit du social : restaurer du lien social, réinsérer les individus ou participer à l'affirmation d'une dimension citoyenne.

Cette politique culturelle trouve son origine dans l'objectif d'André Malraux de démocratisation de la culture. La participation des citoyens à des activités artistiques est un des premiers enjeux de cette démocratisation culturelle. Pour autant, dès le milieu des années 60 notamment dans le monde du théâtre, la notion de démocratisation culturelle est une première fois remise en cause. Les premières enquêtes scientifiques sur les pratiques culturelles des

²³⁵ *Ibid.*

²³⁶ LIOT Françoise, LANGEARD Chloé et MONTERO Sarah, *Culture et Santé – Vers un changement des pratiques et des organisations?* De l'attribut., Toulouse, Edition de l'attribut, 2020. P.37

français matérialisent l'échec relatif de cette philosophie et 1968 est un tournant dans la politique culturelle de la France. Il s'agit désormais de donner la parole à ceux qui ne l'ont pas. Cette contre-culture issue de l'underground américain et anglais permet à des champs entiers de la culture de devenir plus accessible. Pour Philippe Urfalino « la démocratie culturelle comme processus succède à la démocratisation comme organisation de l'accès aux œuvres²³⁷. » Quelques années plus tard Jacques Duhamel nouveau ministre de la culture s'exprime devant l'assemblée :

« Il faut que, de nos jours, cette possibilité de connaissance, de perception, de réaction, de dialogue et de joie puisse être offerte au plus grand nombre ; ce qui pose déjà le problème des mécanismes de transmission, d'éducation, de diffusion de la culture. [...] Si nous ne voulons pas d'une politique culturelle étatique, uniforme et sclérosée, nous devons, je le répète, accepter que se produisent des divergences, des dissonances dans les formes de l'art, de l'expression et savoir prouver, dans ce domaine plus encore que dans tout autre, que la tolérance est un risque, mais une vertu de la démocratie. »

La décentralisation et déconcentration conjuguent leurs effets pour consacrer l'Etat dans son rôle de partenaire. Par ailleurs, dans le sillage des années soixante-dix, les collectivités locales se dotent de véritables politiques culturelles. Leur budget cumulé est plus important que celui du Ministère de la culture. Or leur cahier des charges est différent de celui des DRAC : elles exigent des compagnies professionnelles et des artistes qu'elles subventionnent une offre à destination des populations, dont celles au sein des établissements, notamment les écoles, mais aussi les établissements médicalisés (maisons de retraites, cliniques psychiatriques, etc.). Les politiques culturelles des collectivités territoriales, principalement les mairies, ont ainsi devancé celles de DRAC, plus récentes (dans la foulée du protocole interministériel) quant à l'accompagnement de ce type d'actions.

En 1981, un rapport de Geneviève Gallot sur la pratique artistique des personnes malades est publié et propose de faciliter l'intervention d'artistes professionnels dans les établissements. C'est ce que permettent par la suite les conventions interministérielles Culture à l'hôpital (1999) puis Culture et Santé (2010), le développement des activités culturelles dans les hôpitaux. Des actions culturelles étaient déjà menées ponctuellement par les établissements où les ateliers de pratique artistique entraient pleinement dans la prise en charge du patient comme je l'ai montré dans la partie précédente. Les intervenants n'étaient alors que très rarement des artistes professionnels : « En 2000 l'action culturelle en milieu hospitalier n'est

²³⁷ URFALINO Philippe, *L'invention de la politique culturelle*, Paris, La Documentation française, 1996. P.27

pas professionnalisée. Seulement 30 % des intervenants sont salariés. La moitié des salariés est rattachée à un service de soins, ce qui montre la proximité avec l'action soignante²³⁸. »

Les conventions entre les Ministères de la Culture et de la Santé sont maintenant les principaux textes de cadrage des interventions d'artistes professionnels dans les services. Elles sont calquées sur le modèle des conventions adoptées par le Ministère de la Culture et de la Justice et de l'Education. La culture est déjà présente dans les établissements hospitaliers lorsque se développe ce programme. Mylène Costes en interroge les spécificités : « Modifie-t-il les effets de l'action culturelle à l'hôpital ou se retrouve-t-on simplement face à une politique culturelle qui vise un élargissement de ses publics, dans le cadre de son grand chantier de démocratisation culturelle²³⁹ ? » Dans les articles de la convention est prévue l'obligation de la mise en place d'un atelier de pratique artistique à l'attention des personnes hospitalisées avec intervention d'un professionnel reconnu. L'action culturelle y est pensée comme un véritable droit, élément constitutif de la citoyenneté à laquelle chacun, quelle que soit sa condition, est censé pouvoir prétendre. On parle ici plus de démocratie culturelle que de démocratisation culturelle. La notion des publics éloignés ou empêchés apparaît. Les politiques culturelles cherchent alors à ouvrir l'accès du champ culturel à tous les citoyens en limitant les exclusions.

Si l'ouverture à tous les publics reste l'objectif majeur de l'ensemble des directions sectorielles du ministère de la culture, la mission pour le développement des publics oriente particulièrement son action à destination des publics les plus éloignés de la culture, pour lutter contre les discriminations, et favoriser l'intégration. La préoccupation de démocratisation culturelle consiste à aider des publics éloignés des sources culturelles pour des raisons physiques, psychologiques ou sociologiques²⁴⁰.

Cette notion de « public empêché » a un sens particulier en psychiatrie : elle concerne des personnes qui pour des raisons psychologiques ou sociologiques se retrouvent éloignées de l'offre culturelle. Parler de « public empêché » permet alors d'aborder la question des droits culturels. Ils sont restés méconnus jusqu'à la Déclaration de Fribourg en 2007. En 2015 ils ont fait leur entrée dans la loi française à travers l'article 28A de la Loi NOTRe « Sur chaque territoire, les droits culturels des citoyens sont garantis par l'exercice conjoint de la compétence en matière de culture, par l'Etat et les collectivités territoriales. » (art. 28A) et l'article 3 de la loi LCAP « L'Etat, à travers ses services centraux et déconcentrés, les collectivités territoriales

²³⁸ M. Costes, *Atelier culturel et hôpital psychiatrique*, op. cit.

²³⁹ *Ibid.* P.18

²⁴⁰ ARIANE Salmel, « Culture au pluriel », in *Culture et recherche*, n° 106-107, 2005, p. 18-21.

et leurs groupements, ainsi que leurs établissements publics définissent et mettent en œuvre dans le respect des droits culturels énoncés par la convention de l'organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles du 20 octobre 2005, une politique de service public construite en concertation avec les acteurs de la création artistique. » Ce cadre légal a permis d'éveiller l'intérêt de certaines collectivités territoriales qui ne menaient pas encore ce type de politique culturelle et d'ambitionner une diffusion plus étendue de l'accès à la culture sur le territoire national. Le secteur hospitalier se doit alors de respecter ces droits culturels. L'évocation de l'accès aux droits culturels est très souvent revenue dans mon enquête au cours des entretiens avec les intervenants.

Aussi, depuis les années 2000, le patient est de plus en plus reconnu à travers sa citoyenneté. On pense ici au concept de démocratie sanitaire proposé par la loi du 4 mars 2002 et au cadrage actuel de la citoyenneté des patients, la loi Hôpital Santé et Territoire de 2009. La démocratie sanitaire vise au respect des droits des malades et une humanisation de l'hôpital. Le Ministère de la Santé oriente alors une partie de ses politiques dans cet axe de démocratie sanitaire, redéfinit la place des hôpitaux en rapport à la citoyenneté des patients. Dans cette optique, les ARS coordonnent alors des politiques culturelles dans le cadre du dispositif Culture et Santé.

Le projet artistique développé autour de ces politiques culturelles entre aujourd'hui dans le projet de l'établissement qui l'accueille. L'un des objectifs recherchés est le développement d'une politique culturelle par des partenariats avec des structures culturelles locales. « Redonner à l'hôpital sa place au sein de la cité est l'un des enjeux principaux de la convention Culture et Santé²⁴¹. » Le projet culturel est pensé à l'échelle de l'établissement et non plus à l'échelle d'un service. Par exemple on trouve deux projets culturels très développés à l'échelle de l'établissement à la Fondation pour l'étude et la Recherche sur les mémoires et l'expression (FERME) du CHS du Vinatier ou à l'EPSM de Ville Evrard avec la Fabrique où les patients sont invités à prendre une part active aux processus de création.

Une des raisons du développement des projets artistiques à l'hôpital tient aussi d'une évolution dans l'esthétique et la politique culturelle selon Costes montre l'évolution vers une

²⁴¹ M. Costes, *Atelier culturel et hôpital psychiatrique*, op. cit. P.51

esthétique relationnelle qui consiste à juger des œuvres par rapport aux relations qu'elle produit et génère :

Le fait d'axer la valeur de l'œuvre sur les intentions et la démarche de son auteur peut en faire des œuvres plus « proches » du public, des œuvres de l'esprit, de l'humain ; loin des clichés traditionnels de l'œuvre d'art à la valeur purement esthétique. Cet aspect « œuvre de l'esprit » opposé à « œuvre du beau » est ce côté essentiel qui rend propice le développement de l'art contemporain en secteur hospitalier et plus particulièrement en psychiatrie où l'on se trouve confronté à des pathologies mentales²⁴².

Cette place est tout à fait singulière dans l'espace de la psychiatrie, où l'autonomie des patients, la reconnaissance de leurs capacités d'agir et l'exercice de leurs droits humains se heurtent régulièrement, tant en théorie qu'en pratique, à l'altération de leurs facultés cognitives et relationnelles, à la contrainte thérapeutique dont ils peuvent faire l'objet et aux principes d'enfermement qui l'accompagnent parfois (pour La Borde ce n'est pas le cas, idem pour les suivis en hôpitaux de jour) ou systématiquement (pour la plupart des établissements qui suivent des patients aux symptômes lourds).

²⁴² *Ibid.* P.27

Particularité du théâtre en psychiatrie

La pratique théâtrale est-elle liée à un courant psychiatrique ?

Comme on vient de le voir, la pratique des arts occupe des places diverses dans les établissements de soins des maladies mentales depuis le début du XX^{ème} siècle. Thérapeutique, occupationnel, socioculturel ou artistique, les cadres et les objectifs sont différents. L'art dans les services de psychiatrie apparaît donc sous de multiples formes. Je vais maintenant recentrer le propos sur le théâtre en analysant plus finement les relations que ces pratiques théâtrales, là encore diverses (thérapeutique, occupationnelle, socioculturelle ou artistique) entretiennent avec le milieu de la psychiatrie et montrer que ces pratiques théâtrales détiennent quelques particularités dans leurs relations avec les courants de la psychiatrie : psychanalyse, psychothérapie, réhabilitation psychosociale, neuroscience et remédiation cognitive.

Il est d'emblée important de noter que diverses visions du soin en psychiatrie se constituent à la suite des rencontres du Groupe de Sèvre à la fin des années soixante. La politique de secteur, alors naissante, déplace le soin dans le milieu social dans l'objectif de prendre en charge l'ensemble de la population, sans discrimination nosographique, économique ou géographique. Elle est la référence en psychiatrie publique, mais chaque secteur a ses particularités et ses traditions qui influent fortement sur les pratiques dans chaque territoire. Pour autant, partout le soin du patient s'inscrit dans son milieu de vie en conjuguant la psychanalyse autour des psychothérapies et l'aspect social. Dans l'ensemble des secteurs, le patient est accueilli près de chez lui avec un temps d'hospitalisation déterminé. Les établissements de la psychiatrie abordent alors de façon disparate la vie quotidienne des patients, leur accordant une place plus ou moins importante dans l'organisation de l'établissement et dans les décisions liées à leur vie quotidienne et culturelle. Des structures, le plus souvent privées, comme la Clinique de la Borde ou la Clinique de la Chênaie, poursuivent même le projet de la psychothérapie institutionnelle débuté à Saint Alban.

Prenant acte du jeu d'interdépendances inhérent au fonctionnement institutionnel, le mouvement de la psychothérapie institutionnelle s'est attaché à en faire un outil de soins : il s'agit de soigner par l'institution et non plus seulement dans l'institution. Le patient n'est plus simple objet de soins mais prend une part active dans sa prise en charge. L'équipe a pour fonction de proposer un jeu de supports transférentiels potentiels, une constellation transférentielle (Tosquelles, 1969) aux patients qui, du fait de leur morcellement interne et de leur impossibilité à entrer en relation avec un objet entier, vont mettre en

place des transferts dissociés (Oury, 1976), multiréférentiels (Tosquelles, 1969) sur les soignants équivalents d'objets partiels²⁴³.

Cette conception est basée sur la psychanalyse et les théories freudo-marxistes. Elle est de moins en moins sollicitée, « la psychothérapie institutionnelle est ruinée complètement²⁴⁴ » me confiait ce psychiatre lors d'un entretien, et actuellement la psychanalyse, l'une des bases de la psychothérapie institutionnelle, n'a plus la même importance dans le milieu psychiatrique.

Aujourd'hui, la politique de santé mentale fait référence de façon plus importante aux neurosciences et au concept anglo-saxon de réhabilitation, dans le but d'accompagner l'utilisateur sur le chemin de son rétablissement. Des problèmes de santé mentale mineurs aux patients les plus gravement atteints, tout le monde doit pouvoir bénéficier des services proposés sans que personne ne se trouve abandonné dans quelque institution qui soit²⁴⁵. Les établissements de soins des maladies mentales s'ouvrent et adoptent de plus en plus des thérapies basées sur les neurosciences. Parallèlement à ce développement des neurosciences et de la réhabilitation, les patients acquièrent de nouveaux droits (en particulier avec la loi de 2005 sur le handicap psychique) et une nouvelle reconnaissance leur permettant de pouvoir vivre plus facilement dans la cité²⁴⁶. Cependant quelques problèmes demeurent : la chronicité n'a pas disparu, l'offre de soin est inégale sur le territoire et l'hôpital reste au centre du dispositif. Les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985, relative à la sectorisation psychiatrique, donneront en effet à l'administration hospitalière le pouvoir de gérer l'activité extrahospitalière de secteur. En 1975, une loi avait instauré la distinction entre établissements sanitaires et établissements sociaux et médico-sociaux. Elle clôt un processus de séparation entre les hôpitaux, dont la vocation est thérapeutique et les autres lieux d'hébergement et de prise en charge. Ainsi, les activités thérapeutiques ainsi que leur articulation ont été profondément réorganisées au début des années 1970. L'hôpital psychiatrique est passé d'un lieu de vie à un lieu de soin. Ce déplacement traduit une transformation profonde de la dimension institutionnelle de la psychiatrie²⁴⁷.

²⁴³ CONSTANTIN-KUNTZ Marie, PONS Élodie, ARTAUD Benjamin, et al., « Parcours de soin en psychiatrie adulte : de l'hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l'autonomie », in *Cliniques*, n° 2, N° 8, 7 octobre 2014, p. 88-105.

²⁴⁴ MR PIAGET, « Entretien du 21 octobre 2019 ».

²⁴⁵ CHABOD Benjamin, *La psychothérapie institutionnelle à l'heure de la réhabilitation*, PhD Thesis, 2016.

²⁴⁶ ARVEILLER Jean-Paul, DURAND Bernard, MARTIN Brice, et al., *Santé mentale et processus de rétablissement*, Nîmes, Champ Social, 2017. P.38

²⁴⁷ EYRAUD Benoît et VELPRY Livia, « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale: une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie? », in *Revue française d'administration publique*, n° 1, 2014, p. 207-222.

La psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation psychosociale sont deux conceptions du soin mais peuvent être complémentaires. Ce qui est à noter pour le sujet des ateliers théâtre et de la pratique théâtrale des patients est que le but de l'autonomisation des patients est partagé mais la réflexion politique et le cadre théorique sont différents dans ces deux approches. Dans le cas de la psychothérapie institutionnelle, les théories psychanalytiques restent prégnantes alors que, dans la réhabilitation, les neurosciences sont de plus en plus sollicitées²⁴⁸. On peut parler de deux approches différentes où les pratiques culturelles n'ont pas la même place. En quoi alors les pratiques théâtrales peuvent illustrer ces différences ? Je vais montrer que les ateliers de théâtre, aussi pluriels soient-ils, sont marqués de ces évolutions autour de plusieurs aspects.

Tout d'abord il faut parler de la considération des patients et de la notion de rétablissement. Ce concept, issu du terme anglais *recovery*, fait partie des principes fondamentaux des politiques de santé mentale. Le patient peut se rétablir en partie de lui-même de sa maladie, il est donc utile de le sensibiliser à des pratiques artistiques qu'il pourra poursuivre une fois son passage dans l'établissement terminé, celles-ci pouvant même l'aider dans sa prise en charge thérapeutique. Le rétablissement est l'une des raisons du développement de la réhabilitation psycho-sociale. En France on peut trouver un ancêtre de la réhabilitation psycho-sociale et du concept de rétablissement dans une branche de la thérapie institutionnelle qui met de côté la psychanalyse « pour concentrer les efforts pratiques et théoriques sur l'aménagement de l'appareil thérapeutique dans une visée rééducative et réadaptative²⁴⁹. » L'exemple le plus parlant est la constitution de clubs « post cure » dans les années 1960 à la base de l'association L'Elan retrouvé, association aujourd'hui très active dans l'organisation d'ateliers théâtre dans les services de psychiatrie. La thérapie utilisée ici se fait autour de la réinsertion sociale des malades, notamment la pratique artistique en atelier, du fait du possible rétablissement, mais il n'y a pas de projet de modification de l'environnement du patient.

Ce que pointent ensuite les acteurs de la réhabilitation est que l'intervention thérapeutique implique un entraînement destiné à améliorer les processus cognitifs, et la cognition sociale en particulier. On note alors que dans les services d'art thérapie, par exemple l'unité à Sainte Anne nommée THECC'ART (thérapies comportementales et cognitives, psychanalyse et art thérapie) des ateliers de dramathérapie se déroulent. Le thérapeute est garant

²⁴⁸ B. Chabod, *La psychothérapie institutionnelle à l'heure de la réhabilitation*, op. cit. P.89

²⁴⁹ *Ibid.* P.49

du cadre qui permet une expression libre et non dirigée. L'espace thérapeutique vise un mieux-être par la réalisation de quelque chose de soi-même. On voit apparaître ici la notion d'individu qui tranche avec une thérapie plus systémique que serait la psychothérapie institutionnelle. Le volet de remédiation et de réhabilitation est plus développé que celui de la participation à un projet modifiant l'institution dans ce type de pratique. La psychothérapie institutionnelle est dédouanée alors que la politique de secteur est basée sur cette théorie, l'individu ne peut être pris en dehors des liens qu'il établit avec l'environnement : il faut soigner le sujet et l'institution. Ces particularités sont à l'origine de critiques de l'art thérapie sur lesquelles je reviendrai mais qu'il est important de souligner d'ores et déjà dans la considération faite aux patients dans ce type de pratique :

Nous avons poussé la polémique pour dénoncer que les malades psychiatriques deviennent les otages bien souvent d'un mauvais théâtre de patronage ou soient encouragés à des expositions conformistes de productions plastiques. La motivation implicite, parfois exprimée est : « nos patients sont des artistes comme les autres et on voit bien qu'ils ne sont pas fous »²⁵⁰.

Cet extrait de l'entretien avec ce psychiatre montre bien l'idée d'une adaptation de l'individu au conformisme du milieu de l'art et non l'inverse. On considère le patient comme capable de proposer un spectacle théâtral dans les normes. « Le fou n'a plus le droit de cité et le malade mental devient un citoyen comme les autres. Il nous semble qu'aujourd'hui, c'est la part de folie qui peut nous habiter qu'il faut reconnaître afin de continuer à prendre soin de l'Humain²⁵¹. » Cette articulation entre place dans la société et rétablissement est au cœur des valeurs qui permettent la tenue de ce type d'activité dans ces lieux. Aussi peut-on penser qu'à la suite d'expériences théâtrales avec des patients l'intérêt porte plus sur les formes d'expressions singulières proposées par les patients.

D'autre part, l'art théâtral trouve petit à petit sa place dans la thérapie. Des études d'évaluation en neurosciences de l'impact de la dramathérapie apparaissent alors : « il existe des explications fondées sur des connaissances en neurosciences pour expliquer comment et pourquoi la dramathérapie fonctionne et facilite une guérison²⁵². » Je reviendrai sur les évaluations dans le chapitre 10 mais ce que l'on peut déjà dire est que des psychiatres défendent

²⁵⁰ MR PIAGET, « Entretien du 21 octobre 2019 »

²⁵¹ B. Chabod, *La psychothérapie institutionnelle à l'heure de la réhabilitation*, op. cit. P.99

²⁵² OLIVIER Kathleen, *Usefulness of Embodiment in Psychotherapy: Dramatherapy Applies Neuroscience's Knowledge about Somatic Memories*, PhD Thesis, Department of Creative Arts Therapies, Concordia University, 2006, (dactyl.).

cette vision du théâtre comme soin, on pense à Pierre Moron, psychiatre et président de la Société française de psychopathologie de l'expression et d'art-thérapie psychothérapie à médiation créative, ou Jean-Pierre Klein. C'est le cas aussi des soignants dans la structure où je travaillais :

Il y avait du théâtre en hospitalisation complète en affirmation de soi. C'est quelque chose dont on parle dans les études pour l'affirmation de soi. Dans l'idéal il faut un superviseur. Cela s'utilise beaucoup dans les TCC, d'où l'utilité du médecin car si ça relance des angoisses. Mais ce n'est pas réalisable. C'est pour ça qu'on en est venu à un atelier théâtre animé par un intervenant pour travailler exclusivement l'affirmation de soi, la prise de parole²⁵³.

A contrario, on voit toujours des psychiatres défendre les concepts de la psychothérapie institutionnelle et qui se méfient de ces approches trop neuroscientifiques, c'est le cas de ce psychiatre que j'ai interrogé :

Dans l'art thérapie dont je ne suis pas du tout un amateur, je trouve qu'ils ont beaucoup pactisé avec les administrations hospitalières pour leur faire faire des bonnes expositions qui montrent que le nouvel asile est capable de faire de belles peintures pour se montrer compatissant. Là il y a quelque chose entre le patronage et le patronat qui ne me plaît pas du tout²⁵⁴.

Au final, deux tendances se distinguent qui cependant restent proches et se complètent, la psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation. D'un côté on considère que cela peut aider pour la prise en charge du patient dans une idée de remédiation. D'un autre, on considère ne pas savoir et ne pas prêter attention à ce type de vertu pour l'art, mais développer des projets où l'institution et l'environnement qui évoluent avec l'art et la culture sont une des bases de la thérapie. Si le malade est dans l'hôpital il ne peut pas être dans la société. Il faut adapter l'institution.

La formation actuelle des psychiatres prend en compte tous ces aspects. Il reste à s'interroger sur la distinction entre ces pratiques car on voit bien ici qu'une doctrine médicale ne peut suffire à distinguer la dramathérapie, du psychodrame, de l'atelier théâtre occupationnel ou de l'atelier de création artistique. Enfin il est à signaler la réticence de quelques psychiatres aux pratiques culturelles.

²⁵³ MME BRUGIERE, « Entretien du 23 mai 2019 ».

²⁵⁴ MR PIAGET, « Entretien du 21 octobre 2019 ».

Pour nous ce qui est le plus difficile c'est la réticence des médecins par rapport à l'artistique. On a par exemple des refus de médecins psychiatres par rapport aux ateliers. Cela ne serait pas possible parce que ça allait fragiliser des adolescents, des adultes. C'est très dur, très hard. J'ai beaucoup insisté auprès du médecin pour dire non, ce n'est pas dangereux pour la personne²⁵⁵.

Cependant, aujourd'hui il est plus courant de trouver des établissements qui prônent ce type d'activités que des établissements ou des psychiatres frileux. Elles permettent aux patients l'exercice de leur pleine citoyenneté à l'aune de leur capacité créatrice. L'attention portée sur le respect de leurs droits d'auteur manifeste cette volonté de rétablissement et de réinsertion dans la société. De plus, l'occupation des personnes prises en charge dans les établissements de soins des santé mentales est un réel enjeu. Dans une période où le personnel est en diminution, l'utilisation d'activités culturelles permet de prendre en charge un nombre important de patients dans des activités peu coûteuses en moyens matériels.

Une distinction nécessaire entre pratiques

La pratique du théâtre dans les services de psychiatrie est plurielle. Comme je l'ai montré dans la partie précédente, il ne s'agit pas de la même pratique lorsque les artistes interviennent dans le cadre d'une pratique artistique, dans le cadre du soin ou dans celui d'une activité occupationnelle. Les frontières restent pour autant poreuses et je vais ici montrer que lorsque l'on étudie le théâtre en service de psychiatrie, la distinction entre les trois types de pratiques est complexe.

Des catégories entre les différents ateliers peuvent être établies à la suite d'Aguilar²⁵⁶, de Broustra²⁵⁷ ou de Klein²⁵⁸ car ils correspondent à des cadrages différents au sein de l'établissement. On peut tout d'abord évoquer la différence entre animation et art. On peut dire que globalement ce n'est pas du tout la même chose. La présence d'un artiste provoque quelque chose de particulier et ça ne se produit pas de la même manière dans une animation. Ce n'est pas mettre l'un au-dessus de l'autre. Costes, dans son travail doctoral, pointe des établissements où deux types de professionnel se côtoient, des artistes et des animateurs²⁵⁹. C'est rare mais une

²⁵⁵ MR GRETEL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

²⁵⁶ L. Aguilar, « La médiation théâtrale », art cit.

²⁵⁷ J. Broustra, *Abécédaire de l'expression*, op. cit.

²⁵⁸ J.-P. Klein, *Théâtre et dramathérapie*, op. cit.

²⁵⁹ M. Costes, *Atelier culturel et hôpital psychiatrique*, op. cit.

intervenante m'a révélé ce cas²⁶⁰. Elle organisait un atelier théâtre et une soignante en organisait aussi un. L'un était artistique, l'autre occupationnel. C'est la valeur de l'artiste (accordée à son savoir expérientiel et ses compétences professionnelles) qui a provoqué cette distinction.

L'autre distinction majeure se fait entre l'art et le soin. Par exemple, dans le programme Culture et Santé, l'intention thérapeutique est évacuée. Il n'est pas concevable d'impliquer des artistes dans une démarche de soignant. Ils ne sont pas formés pour cela et ce n'est pas l'objectif de ce programme, ce qui n'exclut pas que cela puisse engager un certain nombre d'effets sur l'individu comme sur l'institution. Cependant, l'artiste n'est pas soignant mais il collabore avec les soignants²⁶¹. Ce point de la distinction entre art théâtral et thérapie fait débat, et le curseur peut être placé à différents endroits selon les acteurs, en particulier dans la pratique théâtrale en psychiatrie. Lorsque l'on parle de création ou de thérapie on ne parle pas de la même chose bien que des similitudes puissent être trouvées selon Tamara Guénoun, psychologue et responsable d'atelier théâtre à vocation thérapeutique :

La médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale est structurée comme un atelier de théâtre classique. Les techniques théâtrales de formation d'acteur sont utilisées (travail sur la voix, le corps, le développement de l'imaginaire, ainsi que sur des textes théâtraux). Cependant la médiation dans sa visée même s'écarte du cours d'art dramatique classique. Bien que la dimension artistique soit toujours présente, le but n'est pas de parfaire leurs performances artistiques. Il s'agit plutôt de donner aux patients la possibilité d'exprimer leur subjectivité, tout en canalisant leurs angoisses²⁶².

L'art théâtral aurait-il alors des vertus thérapeutiques ? Beaucoup d'artistes et de praticiens l'affirment. On retrouve ici des soignants comme Jean Marie Pradier (psychologue clinicien de formation), qui relate ici l'objet de sa thèse de doctorat :

Le hasard m'avait conduit à animer un groupe expérimental de théâtre composé de lycéens et d'étudiants. Nous avons rapidement abandonné le projet de monter des spectacles, et nous passons notre temps à explorer le phénomène théâtral par la pratique d'exercices inspirés pour certains par Stanislavski, l'éthologie, la psychologie, la psychophysiologie et notre propre imagination. Mon premier doctorat – en psychologie (1969) – a été consacré à l'étude des motivations et à l'évolution des comportements des participants de ce groupe. J'avais été frappé de constater l'ampleur de la transformation des attitudes de

²⁶⁰ MME SAUTOUT, « Entretien du 22 mai 2018 ».

²⁶¹ MME ZIMMERMAN, « Entretien du 19 novembre 2019 ».

²⁶² TAMARA GUENOUN, « Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale », in *Adolescence*, n° 1, T.341, 26 avril 2016, p. 117-128.

ces jeunes acteurs. La libération de l'imaginaire et son incarnation dans le jeu avait pour conséquence de débloquer, révéler et élargir des potentialités aussi bien cognitives que physiques et sociales²⁶³.

Serge Minet, théâtrothérapeute, considère également que cette pratique permet une meilleure affirmation de soi et estime de soi et une meilleure connaissance et acceptation de sa personnalité relationnelle²⁶⁴. Le concept de soin par le théâtre en psychiatrie est récent, il date du début du XXème siècle. C'est une « mise en évidence des capacités créatrices particulières des patients en proie à la maladie mentale²⁶⁵. » La théâtrothérapie est une méthode issue de cette capacité créatrice accordée aux patients. Plusieurs théories autour de la dramathérapie se distinguent, on pense ici à la psychothérapie théâtralisée et au psychodrame analytique, à la dramathérapie anglo-américaine qui se réfère à la psychologie²⁶⁶, le psychodrame existentiel de Claude Lorin, le playback theater de Jonathan Fox ou encore le Théâtre du vécu de Marcos Malavia et Jean Philippe Assal. Pour autant, quelques critiques sont apparues autour de la mobilisation de l'art théâtral dans le soin. L'historien de l'art Michel Thévoz montre l'incompatibilité dans une activité où l'art serait un exercice d'hygiène car pour lui il procède avant tout d'une désadaptation heuristique²⁶⁷. Il y aurait donc une incompatibilité entre art et thérapie du fait que l'art est un processus d'invention et non un processus de soin. De plus, selon Jean Florence, psychanalyste « Un artiste a de toutes autres préoccupations qu'un thérapeute. Il est pris par sa propre recherche esthétique, et confronté au problème de vivre, de faire connaître ses œuvres en leur cherchant un débouché²⁶⁸. » Ces réticences autour de l'art prenant place dans la prise en charge médicale semblent justifiées lorsque l'on considère que l'art est basé avant tout sur l'imagination.

On le voit donc, les distinctions entre les différents ateliers se basent sur des conceptions propres aux différents acteurs qui bougent et peuvent être remises en question. Malgré tout, au cours de mon étude, j'ai été frappé par deux constantes dans l'ensemble des projets. La première est que l'activité théâtrale est socialisante. Je citerai ici seulement Rose Gaetner co-fondatrice

²⁶³ PRADIER Jean-Marie, CALVERT Dorys Faria et DUBOUILH Sandrine, *Ethnoscénologie les incarnations de l'imaginaire*, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, 2014.

²⁶⁴ *Atelier de Théâtrothérapie*, <https://therapsy.be/theatrotherapie/>, consulté le 11 décembre 2020.

²⁶⁵ A. Gabrieleff, *Théâtrothérapie*, op. cit. P.11

²⁶⁶ JOHNSON David Read et EMUNAH Renee, *Current approaches in drama therapy*, Springfield, Charles C. Thomas, 2009. Cet ouvrage est une recension de la dramathérapie anglo américaine

²⁶⁷ THEVOZ Michel, *Requiem pour la folie*, s.l., Ed. de la Différence, 1995.

²⁶⁸ FLORENCE Jean, *L'art : thérapeute ?*, s.l., ERES, 2014. P.17

dans les années soixante et directrice de l'hôpital de jour Santos Dumont mais j'ai noté cela dans l'ensemble des ateliers sans distinction.

Nous pensions, dès le début, qu'un jeu proche du jeu théâtral pouvait être à la fois thérapeutique et éducatif dans une perspective encore différente des autres activités ; thérapeutique parce que libérateur de tensions, grâce à la parole qui accompagne le corps en action ; éducatif parce que socialisant, étant par excellence une activité collective²⁶⁹.

La deuxième est la grande part accordée à l'humanité, à la bienveillance. Là encore je reprends seulement les propos de Gabrieleff: « La seule chose qui compte en définitive dans toutes ces techniques d'approche de l'autre, c'est le respect d'autrui et une certaine foi dans l'humanité et dans son devenir²⁷⁰. » Cette volonté d'humanité se retrouve dans l'ensemble des projets. Il n'y a là aussi pas de distinction, tous les intervenants sont fortement férus de cette humanité.

²⁶⁹ GAETNER Rose, « Chapitre IV. Théâtre, « commedia dell'arte » et cinéma », in *Monographies de la psychiatrie enfant*, 2000, p. 247-279.

²⁷⁰ A. Gabrieleff, *Théâtrethérapie*, op. cit. P.123

Légitimation de l'inscription des activités théâtrales en psychiatrie

Les bienfaits de l'art dramatique

Plusieurs vertus sont prêtées à l'art théâtral en psychiatrie. Il faut commencer par évoquer la socialité car, comme dit plus haut, l'un des premiers désirs des différents acteurs est le lien social. Issu de la politique volontariste de l'Etat de lutter contre les discriminations qui touchent les malades, l'art, depuis une trentaine d'années, se voit affecté d'une valeur génératrice d'interaction sociale²⁷¹. Cette légitimité, avec l'idée d'une réinsertion du malade dans la société par la culture, est au fondement des programmes où la médiation culturelle est vectrice d'échanges sociaux et de lien social. J'ai retrouvé cet adage dans de nombreux projets que les intervenants ou les personnels administratifs m'ont décrit, le théâtre est particulièrement utile dans cette ambition de sociabilité. L'ouverture de l'établissement sur le territoire, la valeur émancipatrice de l'art, la notion de troupe, de groupe, sont autant d'aspects qui peuvent être rapprochés de cette vision de l'atelier outil de socialité. Cet apport que peut être la culture pour tout un chacun et cela même en situation de maladie ou d'hospitalisation est souligné dans l'article de Bubiën, Even et Glorion qui liste également de nombreuses autres vertus à la pratique artistique en établissement de soins :

Aujourd'hui, la culture s'installe à l'hôpital. Ce sont l'école, les ateliers d'éveil, les clowns, les saltimbanques, les musiciens. La culture ne prétend pas ici guérir, mais plus humblement calmer la douleur, repousser l'isolement, faire reculer l'anormal en gardant un lien avec la société civile et en maintenant l'espoir. La culture joue un rôle essentiel en ce sens qu'elle participe à l'amélioration de l'environnement tant du malade que du personnel soignant. Le séjour forcé à l'hôpital n'est plus une parenthèse hors du monde, les patients restent en contact avec l'extérieur et peuvent en profiter pour développer leur créativité. Les artistes viennent apporter de l'imaginaire, de l'insouciance, du rire, les professeurs du savoir. La culture permet au patient de poser un autre regard sur lui-même et sur le monde alentour. Elle améliore le rapport patient-soignant et l'ambiance de travail dans les services. Elle peut motiver les équipes qui souhaitent des relations plus humaines et moins techniques avec les patients.²⁷².

²⁷¹CAUNE Jean, « Pratiques culturelles, médiation artistique et lien social », in *Hermès, La Revue*, n° 2, n° 20, 1996, p. 169-175.

²⁷²BUBIEN Yann, EVEN Rachel, GLORION Bernard, et al., « Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital », in *Les Tribunes de la santé*, n° 2, no 3, 2004, p. 57-65.

L'aspect d'une relation différente tissée à la suite des ateliers entre soignant et patient ressort également à plusieurs reprises dans mes entretiens comme dans cet extrait. Je détaillerai cet aspect dans la partie ethnographique consacrée à la relation soignant-soigné mais il m'a paru important d'aborder cette question ici car elle offre une forte légitimité à ce type d'activité. Le cadre institué et l'intervention culturelle modifient le cadre de l'expérience théorisée par Goffman, en particulier la relation soignant-soigné²⁷³. Ce bénéfice est rapporté par plusieurs chercheurs. On pense ici aux soignants du CMP de Chateaubriand qui ont rédigé un article sur le sujet :

Un des objectifs de l'atelier est de créer du lien, une expérience commune, une rencontre entre le patient et les soignants dans un lieu extérieur du soin. Cette relation peut avoir une fonction contenante pendant la séance et permettre l'élaboration autour du ressenti, du vécu et des émotions lors des temps de reprise. Lors des temps de bilan au CMP, elle permet de faire le lien entre ce que l'activité théâtre apporte et ce que la mise en jeu peut procurer au patient dans sa vie quotidienne²⁷⁴.

Costes rapporte aussi ce bénéfice : « l'atelier culturel, par l'établissement de certains déplacements au sein de l'institution hospitalière, peut modifier durablement les interactions entre les différents participants, patients et soignants²⁷⁵. » Les effets propres de l'atelier culturel dans le cadre des établissements psychiatriques se trouvent alors plus dans la relation qu'ils instituent que dans la production artistique.

L'acteur dans l'atelier de théâtre se libère de la distinction nette entre le moi et l'environnement externe. En s'émancipant de cette dichotomie, il est comme affranchi et investi par un sens de légèreté et de bien-être [...] Le théâtre est capable de favoriser la réintégration de l'individu dans le groupe humain qui conduit au dépassement du moi en faveur du nous et du tout²⁷⁶.

On retrouve aussi dans certains établissements en continuité des pratiques théâtrales, l'importance de la fête qui là encore permet une relation autre entre soignant et patient. Pratiquée par exemple à Saint Alban ou à La Borde, elle mélange malades et personnels hors de leurs préoccupations de routine et propose à chacun de sortir de soi-même pour participer à une espèce d'ivresse collective, en particulier autour d'activités culturelles et de représentations

²⁷³ M. Costes, *Atelier culturel et hôpital psychiatrique*, op. cit.

²⁷⁴ COUEDIC Anne, CROQUEFER Isabelle, MAILLARD Thierry, et al., « A la croisée du soin, de l'art et de la culture », in *Objectifs Soins et Management*, vol. 243, 2016, p. 42-45.

²⁷⁵ M. Costes, *Atelier culturel et hôpital psychiatrique*, op. cit.

²⁷⁶ ORIOLI Walter, *Théâtre et thérapie*, Cesena, Macro Ed., 2010.

théâtrales²⁷⁷. Là encore, j'ai retrouvé cette volonté dans plusieurs projets menés dans différents établissements.

L'une des notions qui permet de légitimer l'évolution des relations entre soignant et soigné se trouve aussi dans la sociométrie théorisée par Moreno. Elle peut prendre trois formes principales : le psychodrame, le sociodrame et les psychothérapies de groupe. Moreno souligne l'importance d'une activation du milieu hospitalier qui permet le passage d'une situation stable et stabilisée à un laboratoire social révélant d'importants réseaux psychologiques non repérés. Selon Moreno, la fonction d'un individu ne peut être complètement déterminée qu'à la condition d'envisager tous les individus et tous les groupes auxquels il est émotionnellement lié.

Aussi, une autre perspective de l'atelier théâtre est d'ouvrir l'activité à tous. Dans ces lieux, il ne s'agit pas de former des artistes ou de révéler des talents mais d'inviter les acteurs à travailler à leur propre rythme dans une pratique amateur²⁷⁸. Ces ateliers relèvent d'une expérience, comme m'affirmait un responsable du dispositif Culture et Santé.

Le théâtre de l'expérience est un terme utilisé au nord de l'Europe que j'aime beaucoup. Cela dit bien que c'est autre chose. C'est celui dans lequel des personnes à des degrés différents rentrent réellement dans le processus de création qui est partagé et qui est coécrit par tous. C'est très difficile de trouver un statut à ces œuvres-là car elles sont plus compliquées que les objets de la grande distribution qui tournent d'une scène nationale à une autre et de les diffuser. Elles sont inscrites sur le territoire, on les appelle aussi des projets situés ou des projets participatifs. Elles sont très compliquées à rendre visibles. Ce type d'œuvres, peu de personnes savent aujourd'hui comment les accompagner²⁷⁹.

Se pose alors la question de la durabilité et du bienfait pour les patients. Moments de célébrité factice, feu de paille spectaculaire²⁸⁰, l'étude approfondie de la pratique et du statut amateur peut révéler des problèmes réels dans la définition des projets. La démarche des amateurs conduit-elle à une véritable expérience de l'art ? L'expérience comme initiation induit différents niveaux dans l'accessibilité à l'art, dont celui, ultime, de faire sien le désir d'art, autrement dit de devenir soi-même créateur, initiateur d'une œuvre, individuelle ou collective. Certains intervenants m'ont révélé leurs questionnements sur la durabilité des projets. Parfois, la durée sur une seule année, uniquement sur quelques mois, avec une représentation en public

²⁷⁷BONNET Marius, GAUZY Louis et GENTIS Roger, « La fête votive de 1957 à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban », in *VST - Vie sociale et traitements*, n° 2, N° 142, 19 avril 2019, p. 113-117.

²⁷⁸G. Bonnefon, « Un art extraordinaire ? », art cit.

²⁷⁹MR VELLA, « Entretien du 31 janvier 2018 ».

²⁸⁰MERVANT-ROUX Marie-Madeleine et BORDEAUX Marie-Christine, « Non, le « participant » n'est pas un amateur », in *L'Observatoire*, n° 1, N° 40, 2012, p. 13-15.

à la fin du projet peut mettre le patient en difficulté et questionne quant à l'utilité de telle restitution finale. Cette question de la restitution que j'aborderai plus en détail dans la partie ethnographique est au centre du rôle attribué à l'art dramatique en psychiatrie.

La grande différence entre le psychodrame et les ateliers à médiation est le spectacle. Dans le psychodrame, il n'y a pas de spectacle. C'est une différence essentielle. Il n'y a aucune dimension spectaculaire. Parfois pour les ateliers à médiation, il n'y en a pas forcément mais ça reste une possibilité. La dimension d'extériorisation est hors sujet dans le psychodrame. Le média, le théâtre, n'est pas soignant en lui-même. Ce qui va être un facteur de changement c'est tout ce que le patient va pouvoir penser, dire, vivre. Ce n'est pas le fait de faire un spectacle qui est soignant en soi²⁸¹.

Cette place de l'expression du patient est alors importante et, avoir un espace privilégié, celui de l'atelier, offre la possibilité de penser autrement sa prise en charge. On retrouve cela dans l'article de ces responsables administratifs : « L'hôpital généraliste va aussi utiliser ce support psychologique que sont la culture en général et l'expression artistique en particulier. L'art permet de dire – avec d'autres moyens que la parole – la souffrance, l'angoisse, les appréhensions et les questionnements, les espoirs²⁸². » Ce psychologue m'a confié avoir la même optique : « L'hypothèse c'est que la création partagée et d'autres relations avec des jeunes et des adultes, une autre manière de parler de tout, de régler les conflits, l'hypothèse c'est que cela est thérapeutique. Mais on ne fait pas de thérapie individuelle. Ce ne sont pas des ateliers thérapeutiques²⁸³. »

L'un des autres rôles du théâtre est l'accompagnement des patients dans des processus de soins. La pratique du théâtre est considérée comme une vraie thérapie. On retrouve cette volonté dans le travail que menait Boussagol au Puy-en-Velay. Des captations vidéo conservées dans cet établissement permettent aujourd'hui d'avoir une idée du déroulement des ateliers qu'il menait : « Ces enregistrements étaient visionnés par le psychiatre chef de service le Docteur Michel Couade²⁸⁴. » Le psychiatre se sert de l'expression des patients pour déceler d'éventuelles pistes de thérapie. On retrouve cette place de l'art dans le travail dans certains CMP où le psychiatre est très investi dans la mise en place des ateliers. Ils considèrent que c'est une vraie thérapie. C'est bien la notion d'efficacité sur certains symptômes ou en termes de réhabilitation du patient atteint de pathologie psychiatrique qui est le plus fréquemment

²⁸¹ MME ZIMMERMAN, « Entretien du 19 novembre 2019 ».

²⁸² Y. BUBIEN, R. EVEN, B. GLORION, et al., « Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital », art cit.

²⁸³ MR BODMER, « Entretien du 18 septembre 2018 ».

²⁸⁴ BOUSSAGOL Bruno, « Entretien du 22 novembre 2016 ».

retrouvé dans les écrits scientifiques. Cette évaluation paraît dans le champ de la recherche médicale en plein essor pour assurer une légitimité de la pratique. Certains patients se sont confiés sur ce rôle thérapeutique : « C'est une des meilleures activités pour la prise de confiance, la communication, l'expression. Avec l'expression corporelle ce sont les deux activités où on t'amène à sortir de toi. On se sort de soi devant les autres²⁸⁵. » Ou encore « L'entrée commune dans tous les ateliers c'est la recherche de confiance en soi. De retrouver confiance. De s'exprimer parce que quand on est au fond du trou je sais que moi je m'étais renfermé sur moi-même. Tout ce qui est basé sur l'expression c'est fondamental car c'est ce que tu perds quand tu es malade. Les activités artistiques t'amènent à t'exprimer ou te réexprimer²⁸⁶. »

« Quel sens est-ce que cela a de faire du théâtre en psychiatrie ? »

Pour terminer ce chapitre, je souhaite montrer les raisons que la pratique du théâtre peut avoir dans les services de psychiatrie. Pour introduire cette explication, l'évocation de quelques réticences de professionnels est utile pour placer les justifications des détracteurs. « Les établissements sont d'abord des lieux de soins²⁸⁷ ». Des questions se posent parfois sur la légitimité des interventions artistiques et il est important de les évoquer pour ensuite voir comment les acteurs s'adaptent à ces critiques.

Tout d'abord, la place des artistes est mise en doute. « Nous sommes des extraterrestres. Qu'est-ce qu'ils viennent faire là²⁸⁸ ? » Cette intervenante me relevait que les soignants ne comprenaient pas toujours l'utilité de tels ateliers et questionnaient la légitimité artistique. Qu'est ce qui légitimise l'artiste intervenant ? Costes dans son travail doctoral se pose aussi la question sans répondre et rappelle que d'autres sociologues avant elle, notamment Herreros, se sont posé la question de la distinction entre « une œuvre qui relève de l'animation et une œuvre qui relève de l'art dans les établissements de soins²⁸⁹ ? » Ces questionnements concernent bien

²⁸⁵ MR LUCE, « Entretien du 26 avril 2019 ».

²⁸⁶ MR DUMAS, « Entretien du 26 avril 2019 ».

²⁸⁷ MME BERNET-ROLLANDE, « Entretien téléphonique du 11 juin 2018 ».

²⁸⁸ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

²⁸⁹ G. Herreros et B. Milly, *Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation.*, op. cit.

sûr uniquement les ateliers artistiques mais il me semblait important de poser d'emblée ces interrogations.

Rappelons aussi que, bien que ce jugement soit soumis aux spécialistes des milieux artistiques concernés, le cas du programme Culture et Santé peut prêter à interrogation, étant donné que le choix des artistes intervenants est soumis à la décision de la DRAC. « Art d'état²⁹⁰ ? » Un contrôle au niveau régional de la création dans les institutions psychiatriques est réellement appliqué. D'autres se posent la question de la reconnaissance artistique ? « Personne ne pense qu'ils font de l'art. Parce que ce n'en est pas. Car si ça c'était de l'art alors qu'est-ce que c'est que l'art ? En photographie, c'est le selfie comparé à la photographie de Doisneau. C'est pire que modeste, il faut disparaître complètement²⁹¹. » Ou encore « L'art, c'est l'art. Il y a une forme de travestissement²⁹². »

Par définition, faire de la culture à l'hôpital c'est dangereux. C'est toujours dangereux parce que ça peut remettre en question un certain nombre de choses. La pratique culturelle peut aller en opposition au fonctionnement normal d'un service. Que demande-t-on à l'artiste quand il vient là ? Assiste-t-on à une dérive idéologique ?

Autre exemple de dérive idéologique, le théâtre-forum, initialement conçu par Augusto Boal comme une « répétition de la révolution » et un laboratoire d'émancipation pour le « spect-acteur », se retrouve aujourd'hui massivement utilisé, voire dévoyé, dans le domaine psychosocial. La dimension révolutionnaire et politisée du théâtre de l'opprimé se retrouve ainsi très largement infléchie, effacée, récupérée à d'autres fins²⁹³.

Malgré tout, comme je le disais précédemment, les intervenants et les promoteurs de telles activités font preuve d'humanité et cherchent des aspects bénéfiques de la pratique du théâtre. Ils trouvent du sens aux interventions autour de nombreux aspects.

Ouvrir l'hôpital est un premier point. Intervenir à l'hôpital, c'est enrichir les capacités de création par l'approche d'une réalité autre, c'est aussi sensibiliser une population souvent en marge des dynamiques culturelles, en favorisant sa rencontre avec l'artiste. Des établissements vont même jusqu'à ouvrir des lieux dédiés à la pratique artistique. Cela donne du sens à la

²⁹⁰ M. Costes, *Atelier culturel et hôpital psychiatrique*, op. cit.

²⁹¹ MR PIGNOL, « Entretien du 22 novembre 2016 ».

²⁹² MME SEUZARET, « Entretien du 19 novembre 2019 ».

²⁹³ DOUXAMI Christine, *Théâtres politiques : en mouvements*, Besançon, Presses universitaires de Franche-Comté, 2011. P.164

pratique de l'art dans une optique de déstigmatisation et d'ouverture pour que les gens du territoire viennent voir des spectacles produits par les patients. Il faut montrer ce qu'il se crée à l'intérieur de l'hôpital. L'idée est de créer un dialogue à l'intérieur de l'hôpital et aussi à l'extérieur. Mais un point négatif peut apparaître : « Le côté positif et à la fois négatif d'avoir un lieu culturel au sein de l'hôpital ça permet de faire vivre l'hôpital et de faire des propositions à des personnes mais ça a ce côté de ne plus donner envie de venir suite à une hospitalisation ou des moments pas forcément positifs²⁹⁴. »

Se confronter à la pratique du théâtre est un second point. C'est alors un défi pour les patients que de participer à une activité qui demande une présentation en public, une mise à nu. S'ils y arrivent, ils se sentent alors très valorisés. « Tout le monde en fait un peu. Il y a en a pour qui c'est extrêmement dur mais ils s'arrachent et se révèlent un peu. Ici ça participe énormément. Quand tu fais du théâtre à l'extérieur il y a des gens que tu ne peux pas faire bouger. Ici on a l'impression qu'ils adhèrent²⁹⁵. » Ce patient, qui est lui-même comédien professionnel à l'extérieur, a été durant les trois années de mon terrain un compagnon de route pour toute la réflexion de ce travail de thèse. En m'indiquant cela, je me suis rendu compte que les patients découvrent une pratique et s'ouvrent vers l'extérieur. Cependant, « pour en faire à l'extérieur c'est plus compliqué car ils sont bien trop apathiques. Dans le groupe ils sont à l'aise, c'est l'idée mais à l'extérieur, c'est bien plus compliqué²⁹⁶. » C'est ce que m'affirme une infirmière organisatrice d'un atelier. Une autre patiente pointe l'importance d'un cadre « Je ne vais pas aller m'inscrire dans un groupe de théâtre demain à l'extérieur. J'adore, la confiance je la travaille mais il y a encore du chemin. Ici j'arrive à m'exprimer car je suis dans un cadre où je me sens protégée²⁹⁷. »

Le troisième point concerne uniquement le cadre de l'atelier thérapeutique. L'activité a un objectif de soins. « L'art n'est pas un remède immédiat, il engage des processus lents et peu spectaculaires. De plus, il est nécessaire de dépasser certains freins et résistances liés à la représentation commune de l'art comme récréation ou domaine fermé et réservé²⁹⁸. » Chaque dispositif thérapeutique a un contenu et une valeur, dont il faut mesurer la portée, le cadre précis,

²⁹⁴ MME SIMON, « Entretien du 1 juillet 2019 ».

²⁹⁵ MR DUMAS, « Entretien du 26 avril 2019 ».

²⁹⁶ MME VOCANSON, « Entretien du 6 avril 2018 ».

²⁹⁷ MR LUCE, « Entretien du 26 avril 2019 ».

²⁹⁸ J.-M. Lesain-Delabarre et M. Colignon, « Art-thérapie, médiations artistiques », art cit.

les concepts et outils. Je décrirai plusieurs projets par la suite en ce sens, pour en comprendre les spécificités.

Les raisons sont donc multiples de pratiquer le théâtre en psychiatrie. Mais alors ce combat quotidien d'amener la pratique du théâtre en psychiatrie pourrait-il trouver un épilogue ? Offre-t-elle un autre regard sur la création, sur l'art théâtral en général ? L'utilité serait-elle de régénérer le théâtre comme le soulignait Michel Vaïs, autour du concept de « théâtre utile » :

Tout en permettant, sans la rechercher nécessairement, une réinsertion sociale, se pourrait-il que cette pratique constitue « l'ultime espoir du théâtre de notre temps », selon le mot de l'Allemand Hans-Thies Lehman, également présent à Taormina ? Bref, entre le psychodrame et l'effet de miroir, entre loisir et thérapie, le théâtre utile peut-il régénérer le théâtre tout court²⁹⁹ ?

²⁹⁹ VAÏS Michel, « Le théâtre utile : entre loisir et thérapie », in *Jeu : revue de théâtre*, n° 91, 1999, p. 103-119.

Chapitre 5 : Typologie et cartographie des ateliers théâtre en service de psychiatrie entre 2014 et 2019

Avant de décrire et d'analyser l'organisation de l'activité théâtrale en psychiatrie autour d'une perspective ethnographique, il est essentiel d'en construire la typologie et d'en dresser la cartographie sur le territoire français³⁰⁰. Je vise ici une compréhension sociologique des actions théâtrales, dans leur inscription sectorielle et géographique, en posant la question quantitative de la distribution et de la fréquence des actions au sein des établissements.

Les résultats présentés ici sont issus d'une démarche quantitative menée dans le cadre d'une recherche plus large sur les ateliers en arts du spectacle dans le secteur hospitalier. Il s'agissait d'une étude sur les ateliers de pratiques artistiques à dominance arts du spectacle proposés aux patients des établissements de santé en France de 2014 à 2019. Les objectifs de la recherche financée par l'Université Paris Lumières se concentraient sur l'étude des protocoles

³⁰⁰ Cette typologie et cette cartographie ont été réalisés dans le cadre du projet de recherche UPL intitulé « Analyse, typologie et cartographie des arts du spectacle dans les secteurs hospitaliers et pénitenciers en France de 2014 à 2019, et partage d'expériences sur l'Europe »

d'actions artistiques relevant des arts du spectacle dans les établissements hospitaliers de la région Ile-de-France en 2018 (dispositif Culture et santé DRAC/ARS, actions artistiques de médiations thérapeutiques, actions artistiques d'animations) puis sur le territoire national en 2019 pour terminer en 2020 avec une perspective européenne. Nous nous sommes intéressés, plus largement, avec mon Directeur de recherche Jérôme Dubois, aux ateliers de pratiques artistiques en lien avec les arts du spectacle dans l'ensemble des services hospitaliers³⁰¹.

Cela regroupe le théâtre, la danse, le chant, la musique, les marionnettes, le cirque et les ateliers multidisciplinaires (regroupant plusieurs disciplines dans un même atelier). Je traiterai ici uniquement du théâtre en psychiatrie (à l'hôpital et dans les établissements privés) en proposant tout de même quelques comparaisons statistiques avec d'autres disciplines et d'autres services hospitaliers.

Au cours de la recherche UPL, la première étape fut de réaliser en France une base de données relativement exhaustive d'un répertoire d'artistes intervenants et d'institutions des secteurs hospitaliers accueillant des ateliers notamment grâce à l'administration d'un questionnaire (méthodologie décrite dans le chapitre 2 et questionnaire disponible en annexe 3). Cette base de données regroupe l'ensemble des établissements accueillant des ateliers dont les données m'ont été fournies par les DRAC, les ARS ou directement par les établissements de soins. Elle constituait une première source de données exploitables pour une analyse au plus près de la réalité.

Dans le cadre de ce travail doctoral, cette recherche m'a permis d'élaborer une cartographie et une typologie des ateliers théâtre en service de psychiatrie en France de 2014 à 2019. Elles permettent de proposer un état des lieux de la pratique théâtrale des patients en établissement de soins des maladies mentales, de ses caractéristiques et spécificités, et de ses lieux de diffusion/de distribution. C'est une typologie des ateliers, en fonction : des intervenants et de leur statut, des établissements dans lesquels ils se déroulent, des projets et des objectifs visés.

Le terme atelier désigne la pratique théâtrale (plurielles en service de psychiatrie) dans un temps et un espace donné et où les participants travaillent sous la direction d'un intervenant,

³⁰¹ Nous avons par la suite coorganisé un colloque le 23 novembre 2018 intitulé *Les arts du spectacle dans les établissements pénitentiaires et établissements hospitaliers d'île de France* puis un second sur la même thématique à l'échelle nationale le 7 mai 2021.

d'un soignant ou d'un artiste. La typologie se présente ici sous la forme d'un tableau et liste les différents types de personnels rencontrés au cours de mon étude. Une étude détaillée plus importante sera apportée dans ce chapitre sur le statut des intervenants en fonction des types de projets et des types d'établissements. Le croisement de ces données permet de faire apparaître une première orientation sur le choix du statut de l'intervenant par telle ou telle structure. Cette typologie concerne uniquement les ateliers théâtre dans leur grande diversité.

On trouve plusieurs façons d'utiliser le théâtre en santé mentale. Pour chaque discipline étudiée dans la recherche UPL (musique, danse, conte...) une typologie de ce type pourrait être établie qui montrerait pour chacune des disciplines des particularités. En ce qui concerne la typologie présentée ci-dessous, il est à noter que certains types de psychodrame (psychanalytique, individuel...) ne sont pas listés ici car je n'ai pas relevé dans les données quantitatives de description de ce type d'atelier. Les types de professionnels proposant du psychodrame morénien m'ont été décrits par la psychiatre dont j'ai observé l'atelier.

Type d'atelier	Professions des intervenants
Animation	Comédien
	Animateur
Création artistique	Comédien
Dramathérapie	Comédien
	Psychologue
	Psychiatre
	Educateur
	Infirmier
	Rééducateur (Ergothérapeute, orthophoniste et psychomotricien)
Médiation théâtrale	Comédien
	Infirmier
	Educateur
	Rééducateur (Ergothérapeute, orthophoniste et psychomotricien)
Psychodrame morénien	Comédien
	Psychologue
	Psychiatre
	Educateur
Théâtre « militant »	Comédien
Thérapie occupationnelle	Infirmier
	Educateur
	Rééducateur (Ergothérapeute, orthophoniste et psychomotricien)

FIGURE 2 TYPOLOGIE DES ATELIERS EN RAPPORT AVEC LE STATUT DE L'INTERVENANT

L'établissement d'une cartographie en détaillant les liaisons entre les établissements de soins et les intervenants permet de décrire les évolutions et inflexions de 2014 à 2019 favorisant une lisibilité et une réflexivité de la politique culturelle. Certaines régions sont moins pourvues de données pour plusieurs années de la période étudiée. Pour autant, avec le répertoire de 1629 ateliers en arts du spectacle sur la période 2014-2019, je peux relever des tendances fortes.

Des éléments saillants ressortent lorsque l'on se concentre sur les ateliers de théâtre en psychiatrie. L'utilisation des données quantitatives récoltées au cours de cette recherche permet d'avoir une vision large des ateliers. Il faut cependant d'emblée nuancer la validité et l'exhaustivité de ces données. La grande majorité des ateliers décrits ici sont des ateliers organisés dans le cadre du dispositif Culture et Santé. Peu de données m'ont été transmises en ce qui concerne les ateliers thérapeutiques (médiation thérapeutique, psychodrame ou dramathérapie), occupationnels ou d'animation. La seule région où le niveau de détail est plus important est la région Ile-de-France en 2018. J'ai pour cette région contacté l'ensemble des établissements de soins par téléphone en posant directement la question de la tenue d'un atelier de pratique artistique en arts du spectacle au sein des structures.

J'ai découpé ce chapitre en deux parties. Il est en premier lieu important de noter des disparités régionales. Il s'agit principalement de niveaux d'activité, du nombre des ateliers différents dans les régions. Certaines sont bien dotées quand d'autres sont beaucoup moins pourvues de ce type d'atelier. D'autres auteurs ont avant moi souligné ces disparités³⁰². Elles seraient liées à des politiques culturelles plus ou moins volontaristes dans les territoires. Je montrerai ici que plus le niveau de détail dans la recherche est élevé (cas de l'Ile-de-France en 2018), plus les services de psychiatrie concentrent les ateliers. Quelles sont alors les données quantitatives de distribution et de fréquence des ateliers de 2014 à 2019 dans ces services de psychiatrie ? Des disciplines sont-elles plus sollicitées que d'autres ? Peut-on d'ores et déjà relevé une forte utilisation du théâtre ? Il ressort que le théâtre et la musique sont les activités phares.

Deuxièmement, des caractéristiques propres liées aux types d'établissements et d'intervenants peuvent être mises au jour. Dans les services de psychiatrie on assiste à un mode particulier d'organisation dans le système de soins en France, il est singulier. La description du

³⁰² M. Costes, *Atelier culturel et hôpital psychiatrique*, op. cit. et F. Liot, C. Langeard et S. Montero, *Culture et Santé – Vers un changement des pratiques et des organisations ?*, op. cit.

type d'établissement de psychiatrie accueillant des ateliers théâtres doit donc ici être proposée pour questionner la spécificité de ces organisations. Il est aussi intéressant d'observer le type de statut des intervenants uniquement dans ce secteur. Je reviendrai également sur ces caractéristiques dans la deuxième partie de cette thèse qui se centre sur une étude ethnographique avec une démarche qualitative.

Une répartition régionale disparate

Les régions les mieux dotées sont l'Ile-de-France, l'Auvergne Rhône-Alpes et la Bourgogne Franche-Comté. Ce sont celles où le dispositif Culture et Santé est le plus actif, autour d'associations régionales très actives. Cela s'explique en partie par la méthodologie de mon étude qui a principalement utilisé les données transmises par les DRAC et les ARS dans le cadre de ce dispositif. Ces données constituent le gros des données statistiques. Quelques ARS ont sollicité d'autres établissements de soins en transmettant le questionnaire directement à l'administration de ces établissements mais l'essentiel est bien le dispositif DRAC ARS. Il est donc logique qu'à cause de ce biais méthodologique on trouve une disparité régionale forte entre les régions actives dans le dispositif Culture et Santé et les autres.

Ce qu'il est intéressant de noter est le caractère des données qui résultent de la méthodologie de recueil et qui donne une spécificité à la région IDF en 2018. Comme expliqué ci-dessus, la méthodologie est différente dans cette région. Il ressort que de nombreux ateliers sont menés par des soignants ou des intervenants extérieurs.

L'absence du psychodrame est à noter. Je n'ai pas réussi à lister d'atelier de psychodrame car les personnes sollicitées dans les organismes de formations ne m'ont pas répondu. On peut également regretter une place mineure de la dramathérapie alors que l'AND tisse aujourd'hui un réseau et cherche à établir un répertoire des dramathérapeutes au niveau national. Ce répertoire est en construction au sein de cette association.

Région Ile-de-France : un niveau élevé de détails dans les données

Mené par l'Association Tournesol Artistes à l'hôpital en 2011 un état des lieux de la culture et des activités de vie à l'APHP a référencé 9078 événements culturels (chiffre en dessous de la réalité). 3762 concernaient les arts du spectacle. La pratique des ateliers est ici peu abordée et les événements cités sont aussi bien des concerts, des spectacles, des lectures que des ateliers en tant que tels. Aussi un avis avait été émis dans cet état des lieux sur les difficultés organisationnelles des événements culturels :

Cela nous renvoie à la mauvaise connaissance qu'ont encore beaucoup d'équipes de terrain de la définition et des objectifs de la culture, de l'art et des activités de vie à l'hôpital. Une confusion est

encore présente entre animation, divertissement, culture, pratiques artistiques, pour certaines équipes d'animation, et pour beaucoup d'équipes soignantes, notamment en gériatrie et soins de suite. La compréhension de l'utilité et de la place de chacun n'est pas acquise, surtout quand l'activité proposée ne correspond pas à la culture et à la formation des membres des équipes³⁰³.

Cette délicate définition se retrouve dans mon étude. La distinction entre les ateliers par les soignants et personnels administratifs n'est pas toujours simple. Il s'agit plus de la distinction entre les types d'ateliers que la distinction entre les finalités de ceux-ci. J'ai trouvé plusieurs explications à cela.

Tout d'abord, au cours de mon étude, les personnes qui répondaient au téléphone ne savaient pas toujours si un atelier se déroulait dans leurs structures. Elles devaient demander conseils auprès des cadres de santé qui étaient les personnes qui répondaient dans un second temps et ceux-ci posaient souvent la question de la frontière entre les ateliers thérapeutique et artistique.

La seconde particularité que j'ai relevée est le taux élevé de réponses positives lorsqu'il s'agissait d'une action organisée dans le cadre du dispositif Culture et Santé. Les personnels qui me répondaient savaient qu'une action artistique avait lieu.

Enfin, je laissais les personnes juger du type d'atelier et s'il pouvait entrer dans mon étude. Cette liberté laissée aux personnes du terrain a pu parfois me poser question sur l'orientation que cela procurait à ma recherche dans la liberté que je laissais aux soignants dans la définition même de mon objet d'étude.

239 ateliers en 2018

J'ai répertorié 239 ateliers dans 220 établissements en IDF . La différence entre les 220 établissements et les 239 ateliers s'explique par le fait que des établissements peuvent avoir plusieurs ateliers. Pour la répartition, j'ai répertorié 55 ateliers de théâtre, 20 de chant, 25 de musique, 15 de danse, 116 multidisciplinaires, 3 de cirque, 3 de conte et 2 de marionnettes. Les ateliers multidisciplinaires constituent 48 % du type d'activité. Cela est dû au fait que la multidisciplinarité est de plus en plus promue dans les ateliers du dispositif Culture et Santé. Pour les autres activités, je dénombre un taux important d'ateliers théâtre, aux alentours de

³⁰³ *Etat des lieux de la culture et des activités de vie à l'APHP, Analyse stratégique, p.10*

23%. On verra que lorsqu'on centre la réflexion sur les activités uniquement en psychiatrie, ce taux est encore plus élevé.

J'observe une concentration dans les départements de la petite couronne (75, 92, 93 et 94). Les autres départements sont moins pourvus. En ce qui concerne la petite couronne, des disparités apparaissent entre le 93, 92, et 94. Le département de la Seine-Saint-Denis semble être moins pourvu. Une plus faible concentration des structures de soins peut en être une des raisons.

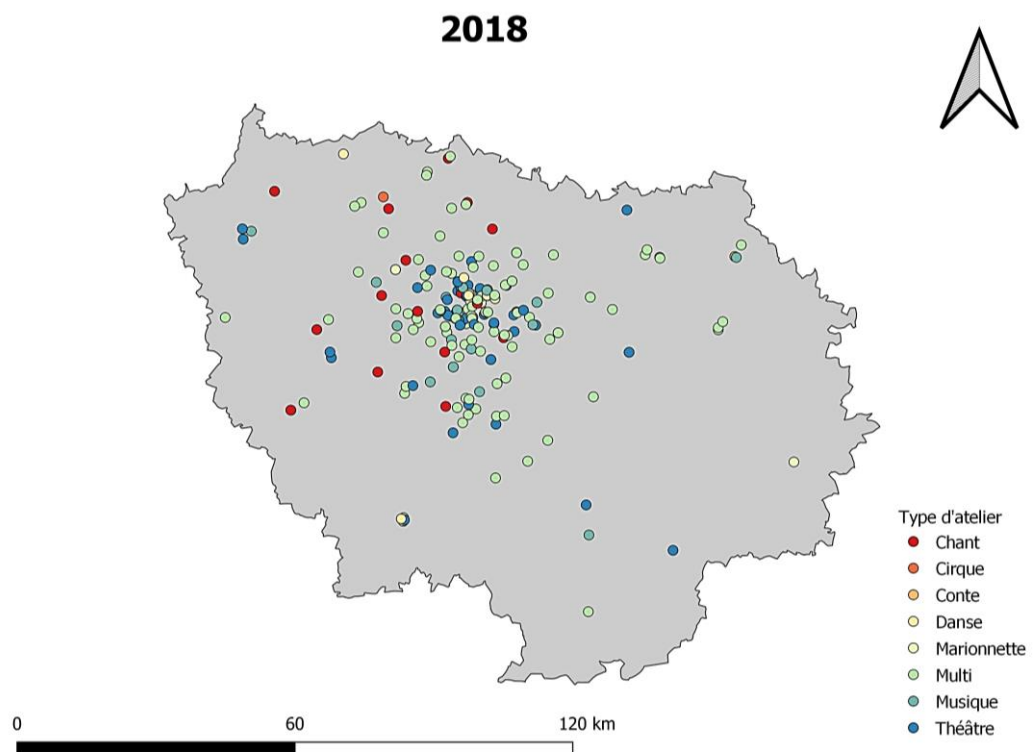


FIGURE 3 ATELIERS EN ARTS DU SPECTACLE EN 2018 REGION ILE-DE-FRANCE

Type de discipline en service de psychiatrie

Si on s'intéresse à la distribution des ateliers par type de discipline uniquement en psychiatrie, les répartitions restent plus ou moins similaires. On compte 36 ateliers de théâtre, 15 de chant, 16 de musique, 11 de danse, 62 multidisciplinaires, 2 de cirque, 2 de conte et 2 de marionnettes. Les ateliers théâtre représentent encore 24 % de la totalité des ateliers. On observe une certaine homogénéité du type d'atelier dans l'ensemble des territoires pour le théâtre avec là encore une plus faible représentation dans les territoires plus vastes du 77, 91, 78 et 95.

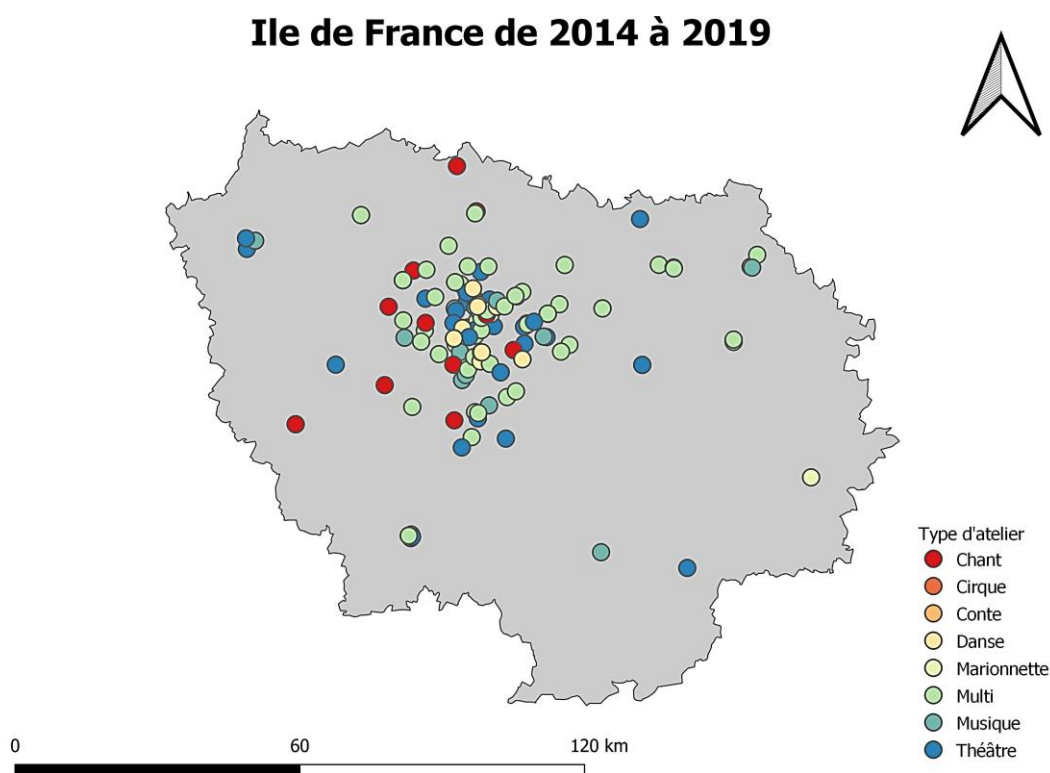


FIGURE 4 ATELIERS EN ARTS DU SPECTACLE EN SERVICE DE PSYCHIATRIE
DE 2014 A 2019 REGION ILE-DE-FRANCE

Un faible taux d'ateliers Culture et Santé

Si on entre dans le détail uniquement des ateliers théâtre dans les services de psychiatrie en fonction du type de projet, on peut distinguer trois types de projet. Les premiers sont des ateliers menés par les soignants de la structure. Ils sont 18 de ce type. Ensuite viennent les ateliers menés par des intervenants extérieurs. J'ai listé 12 ateliers de ce type. Enfin, en 2018 en IDF, 6 ateliers financés par le dispositif Culture et Santé se centrent sur le théâtre dans des services de psychiatrie. Comme affirmé ci-dessus, lorsque le niveau de détail est élevé, le taux d'atelier qui dépend du dispositif Culture et Santé est relativement faible. Cela s'explique par le fait que dans mon étude je liste l'ensemble des ateliers théâtre de la typologie présentée en introduction de ce chapitre. Il est clair que si je centrerais uniquement le propos sur les ateliers menés par des comédiens professionnels, le dispositif Culture et Santé représenterait l'écrasante majorité du type de projet.

Théâtre en psychiatrie en 2018

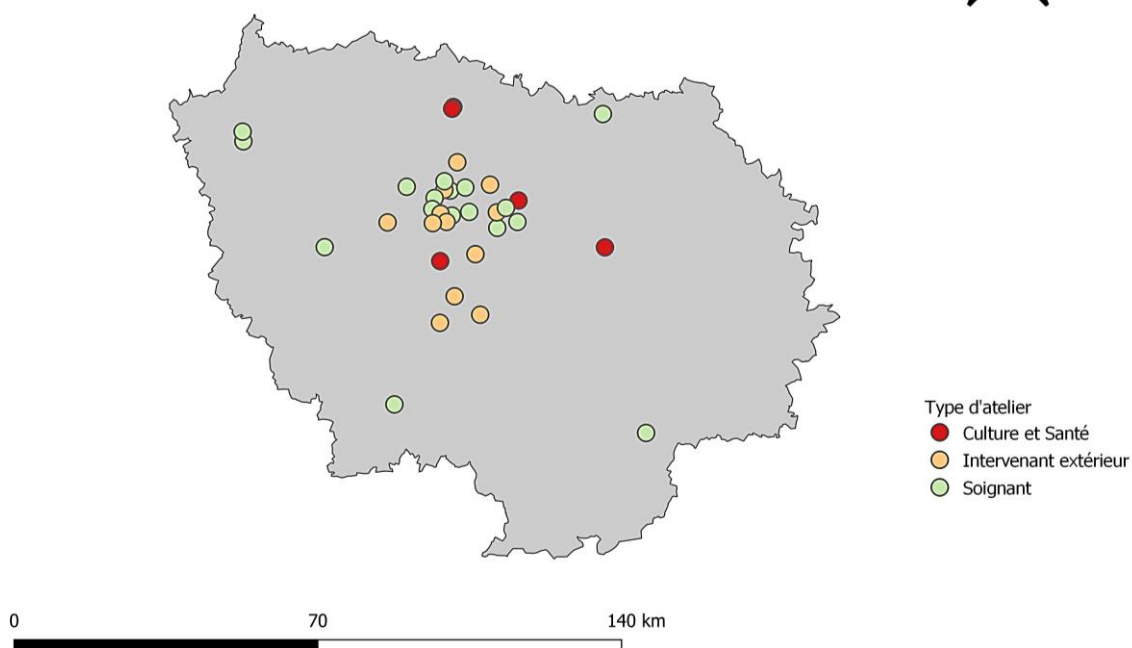


FIGURE 5 TYPES DE PROJETS THEATRE EN PSYCHIATRIE EN 2018

REGION ILE-DE-FRANCE

Une labellisation des établissements

Une labellisation des établissements par l'ARS et la DRAC en Ile-de-France a été mise en place dans le cadre du dispositif Culture et Santé. Son attribution est une reconnaissance de la qualité des actions culturelles et artistiques engagées par les établissements. 20 établissements sont actuellement labellisés. Cette labellisation unique à la région Ile-de-France promeut les établissements ayant une politique culturelle forte avec des critères d'attribution qui se concentrent sur l'intervention d'artistes professionnels dans des domaines divers, l'affectation de moyens nécessaires par l'établissement, l'implication de tous (patient, soignants, proches...) et une notion d'ouverture de l'établissement vers l'extérieur. Ces établissements ont un référent culturel identifié. Les concepts d'ouverture de l'institution et de créativité sont très présents dans les brochures des établissements labellisés. La rencontre des autres et la déstigmatisation sont également prônées en particulier en service de psychiatrie. Sur

les 20 établissements labellisés, 11 sont des établissements de psychiatrie, 8 des établissements de gériatrie ou de SSR. Cette répartition correspond bien à ce que j'ai relevé dans les données statistiques. La politique culturelle est mise en place dans les établissements où les patients dans leur prise en charge ont des pathologies compatibles avec la pratique des arts. Je n'ai par exemple pas rencontré ce type de projet dans les établissements accueillant un public très lourdement handicapé.

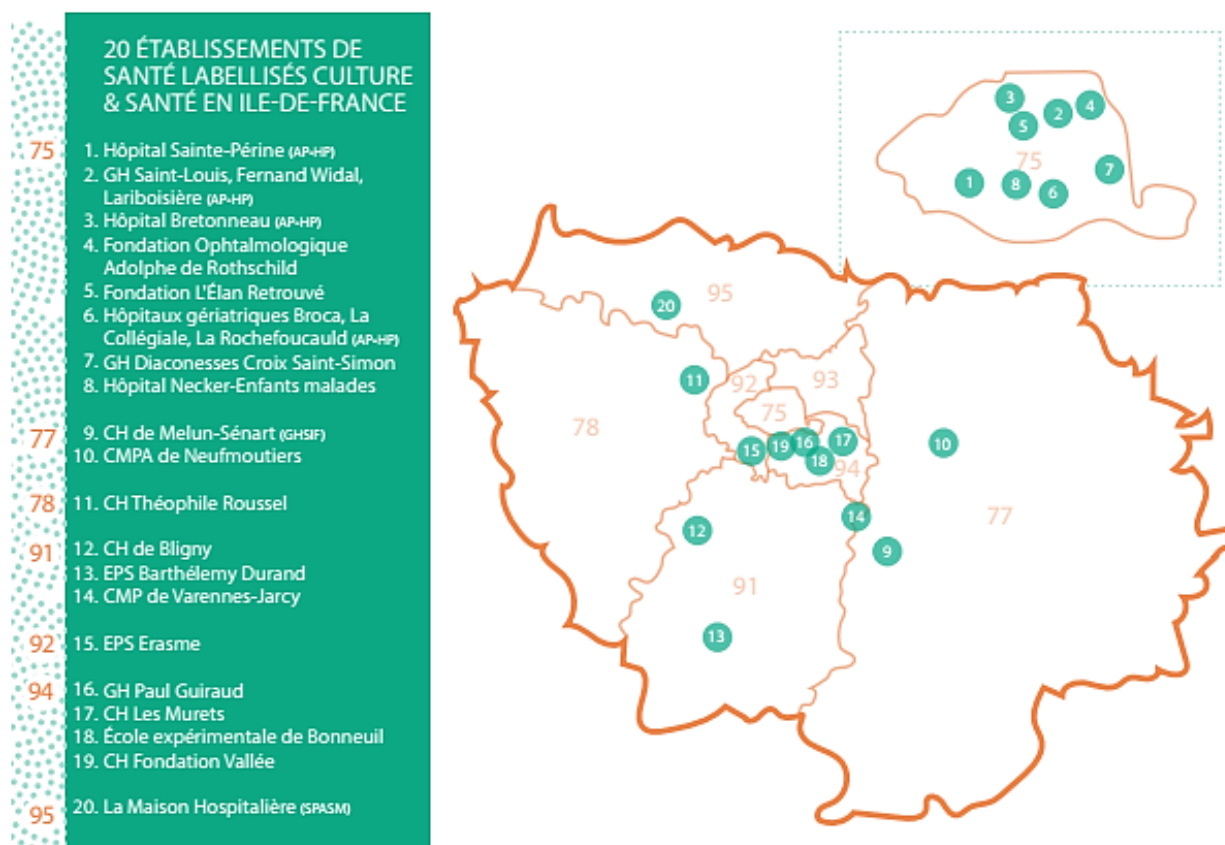


FIGURE 6 LABELLISATION CULTURE ET SANTE (SOURCE ARS ILE-DE-FRANCE)

Territoire national : des données plus partielles

Pour étudier l'ensemble du territoire national, un choix a dû être fait en ce qui concerne la présentation et les données caractéristiques de tendance et d'évolution. Le nombre important de données collectées m'a obligé à sélectionner les informations les plus intéressantes pour une analyse problématisée. J'ai donc fait le choix d'étudier spécifiquement les types d'activités en psychiatrie dans les régions où les données étaient les plus complètes. Il s'agit des régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne et Hauts-de-France. Pour ces régions, une cartographie complète de 2014 à 2019 est possible uniquement en service de psychiatrie. L'idée est d'établir un comparatif entre ces régions. Pour conclure cette partie, j'ai également établi une cartographie des activités dans les autres services (hors psychiatrie). J'espérais ainsi établir un lien entre la spécificité des établissements de soins des maladies mentales et la pratique du théâtre.

Théâtre, musique et ateliers multidisciplinaires plébiscités

Je vais aborder la question du choix de l'activité par l'établissement et les soignants. Il n'est pas conditionné par la position géographique ni par le type de service. Que ce soit dans les services de psychiatrie ou dans les autres services hospitaliers, on trouve des particularités fortes dans le choix de pratiques utilisées. L'aspect qui me semble important à noter est le type d'activité plébiscité. Durant les six années étudiées, quatre disciplines sont plus employées par les professionnels dans les établissements de soins : la musique, le théâtre, la danse et les activités multidisciplinaires (regroupant en partie les trois premières spécialités). A contrario, quatre disciplines relevant des arts du spectacle sont moins pratiquées : le cirque, le chant, le conte et les marionnettes. On relève cette tendance pour toutes les années de la période.

Ces différences peuvent s'expliquer par le nombre plus important de professionnels occupant des emplois dans les disciplines les plus plébiscitées. Si l'on s'intéresse effectivement aux emplois dans le secteur des arts du spectacle, beaucoup de professionnels maîtrisent le théâtre, la musique et la danse. Peu d'entre eux travaillent exclusivement autour de la pratique du chant, du cirque, du conte et de la marionnette. Ce constat se retrouve dans le milieu des amateurs qui peut concerner les infirmières, les ergothérapeutes, les psychologues qui proposent des ateliers en lien avec leurs pratiques amateurs. Il est donc logique de retrouver le plus fréquemment les disciplines les plus pratiquées dans les mondes amateurs et professionnels.

Services de psychiatrie de 2014 à 2019

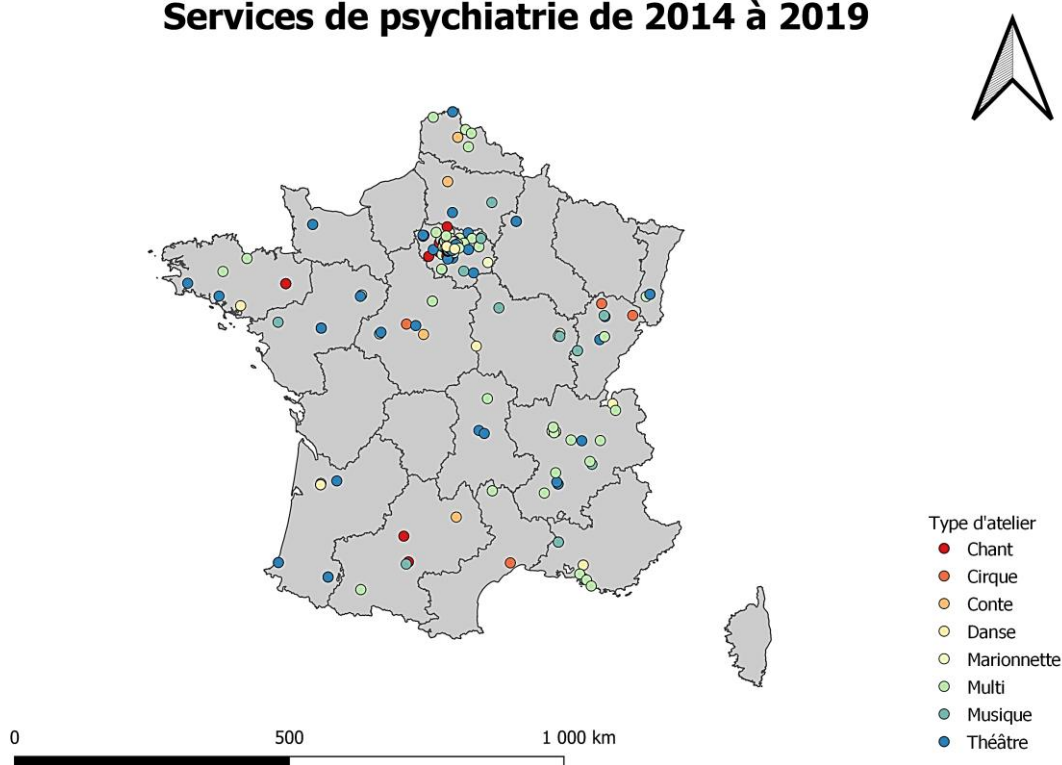


FIGURE 7 TYPES D'ATELIERS EN SERVICE DE PSYCHIATRIE DE 2014 A 2019

Lorsque l'on s'intéresse aux types d'activité dans les ateliers de pratique des arts du spectacle sur le territoire national de 2014 à 2019, on dénombre 127 de multidisciplinaire, 106 de théâtre, 54 de musique, 37 de danse, 27 ateliers de chant, 19 de conte 17 de cirque et 5 de marionnette. Il s'agit du nombre d'ateliers menés par des compagnies différentes. Ces ateliers peuvent avoir une régularité sur les années, je ne m'intéresse pas ici à cet aspect de fréquence sur les six années.

On note d'ores et déjà une part importante d'ateliers théâtre et d'ateliers multidisciplinaires pouvant intégrer des pratiques théâtrales. Cela correspond bien aux informations transmises par la DRAC Ile-de-France sur le fait que le théâtre est la pratique la plus sollicitée ou proposée dans le cadre d'ateliers de pratique artistique en arts du spectacle dans les établissements des soins des maladies mentales.

Le théâtre et la psychiatrie sont présentés comme les partenaires clés du dispositif Culture et Santé. Pour rappel, en Ile-de-France, depuis 2005, 44% des établissements concernés par les activités artistiques Culture et Santé sont des établissements de la psychiatrie et 52% des activités concernent le domaine théâtral.

En ce qui concerne les arts du spectacle en général dans les établissements de soins au niveau national, les régions les mieux dotées sont l’Ile-de-France, l’Auvergne Rhône-Alpes et la Bourgogne Franche-Comté. Ce sont celles où le dispositif Culture et Santé est le plus implanté, autour d’associations régionales très actives. Cela s’explique en partie par la méthodologie de mon étude qui a principalement utilisé les données transmises par les DRAC et les ARS dans le cadre de ce dispositif. Ces données constituent le gros des données statistiques.

Région	Discipline								Total général
	Chant	Cirque	Conte	Danse	Marionnette	Multi	Musique	Théâtre	
Auvergne Rhone alpes	8	16	2	21	2	92	29	64	234
Bourgogne Franche Comté	21	21	2	11		20	37	44	156
Bretagne	6	5		7		21	18	23	80
Centre Val de Loire		3	2	15	1	6	18	14	59
Corse	2			2		1	2	7	14
Grand Est	10	2	4	3		24	9	18	70
Guyane						3			3
Hauts de France		3	6	9	1	43	32	31	125
Ile de France	20	4	3	27	5	193	39	73	364
Martinique	2	1	2	7		3	5	10	30
Normandie	8	4	6	15		11	27	18	89
Nouvelle Aquitaine	9	15	2	3	5	46	41	12	133
Occitanie	7	13	6	20	1	14	47	26	134
Paca				6		6	5	3	20
Pays de la loire	7	6	15	18	1	12	16	34	109
Réunion	1					6		2	9
Total général	101	93	50	164	16	501	325	379	1629

FIGURE 8 DISCIPLINES EN ARTS DU SPECTACLE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS

Ce qu’il est intéressant de noter ici est le caractère des données qui résultent de la méthodologie de recueil et qui donne une spécificité à la région Ile-De-France. Comme expliqué ci-dessus, la méthodologie est différente dans cette région en 2018. Le nombre plus élevé d’ateliers s’explique par cette différence de traitement dans le recueil des données.

Lorsque l'on observe la répartition sur les six années d'étude, on note une légère augmentation les dernières années. Au cours des années 2014 à 2016, la région Ile-De-France et la région Rhône-Alpes sont encore les deux régions les plus actives. Cela n'est pas étonnant car les DRAC et ARS de ces régions sont pionnières en ce qui concerne le développement du dispositif Culture et Santé.

Région	Année						Total général	
	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
Auvergne Rhone alpes	41	41	34	38	47	33	234	14%
Bourgogne Franche Comté	16	27	28	34	31	20	156	10%
Bretagne	12	13	13	15	14	13	80	5%
Centre Val de Loire	4	3	3	10	14	25	59	4%
Corse	1	3	1	1	4	4	14	1%
Grand Est	5	9	10	13	15	18	70	4%
Guyane					1	2	3	0,2%
Hauts de France	15	16	28	20	21	25	125	8%
Ile de France	25	28	26	28	242	15	364	22%
Martinique	2	4	6	6	2	10	30	2%
Normandie	17	11	15	15	18	13	89	5%
Nouvelle Aquitaine	18	21	20	22	25	27	133	8%
Occitanie	19	9	7	46	41	12	134	8%
Paca					4	16	20	1%
Pays de la loire	24	12	19	15	25	14	109	7%
Réunion	2	2	1	1	2	1	9	1%
Total général	201	199	211	264	506	248	1629	
	12%	12%	13%	16%	31%	15%		

FIGURE 9 EVOLUTION DE LA REPARTITION A L'ECHELLE REGIONALE SUR LES 6 ANNEES

Les disciplines plébiscitées sont au niveau national et dans l'ensemble des établissements de soins les ateliers multidisciplinaires, les ateliers théâtre et musique.

	Disicpline								
Année	Chant	Cirque	Conte	Danse	Marionnette	Multi	Musique	Théâtre	Total général
2014	9	7	7	18	3	60	43	54	201
2015	9	13	2	15	3	66	41	50	199
2016	13	10	7	23	1	60	46	51	211
2017	15	26	10	28	2	69	56	58	264
2018	41	21	10	50	5	186	82	111	506
2019	14	16	14	30	2	60	57	55	248
Total général	101	93	50	164	16	501	325	379	1629

FIGURE 10 TYPES DE DISCIPLINES EN ARTS DU SPECTACLE

Que ce soit dans les services de psychiatrie ou dans les autres services hospitaliers, on trouve des particularités fortes dans le choix des pratiques utilisées. Les ateliers multidisciplinaires, théâtre et musique restent les plus pratiqués que ce soit en psychiatrie ou dans les autres services.

	Disicpline								
Service	Chant	Cirque	Conte	Danse	Marionnette	Multi	Musique	Théâtre	Total général
Autres services	68	71	31	123	5	290	243	225	1056
Service de psychiatrie	33	22	19	41	11	211	82	154	573
Total général	101	93	50	164	16	501	325	379	1629

FIGURE 11 TYPES DE DISCIPLINES EN FONCTION DU SERVICE

La seule différence notable est la part plus importante d'ateliers multidisciplinaires en service de psychiatrie. Sur l'ensemble de la période étudiée, ils représentent 37% des ateliers en unité psychiatrique contre 27% dans les autres services.

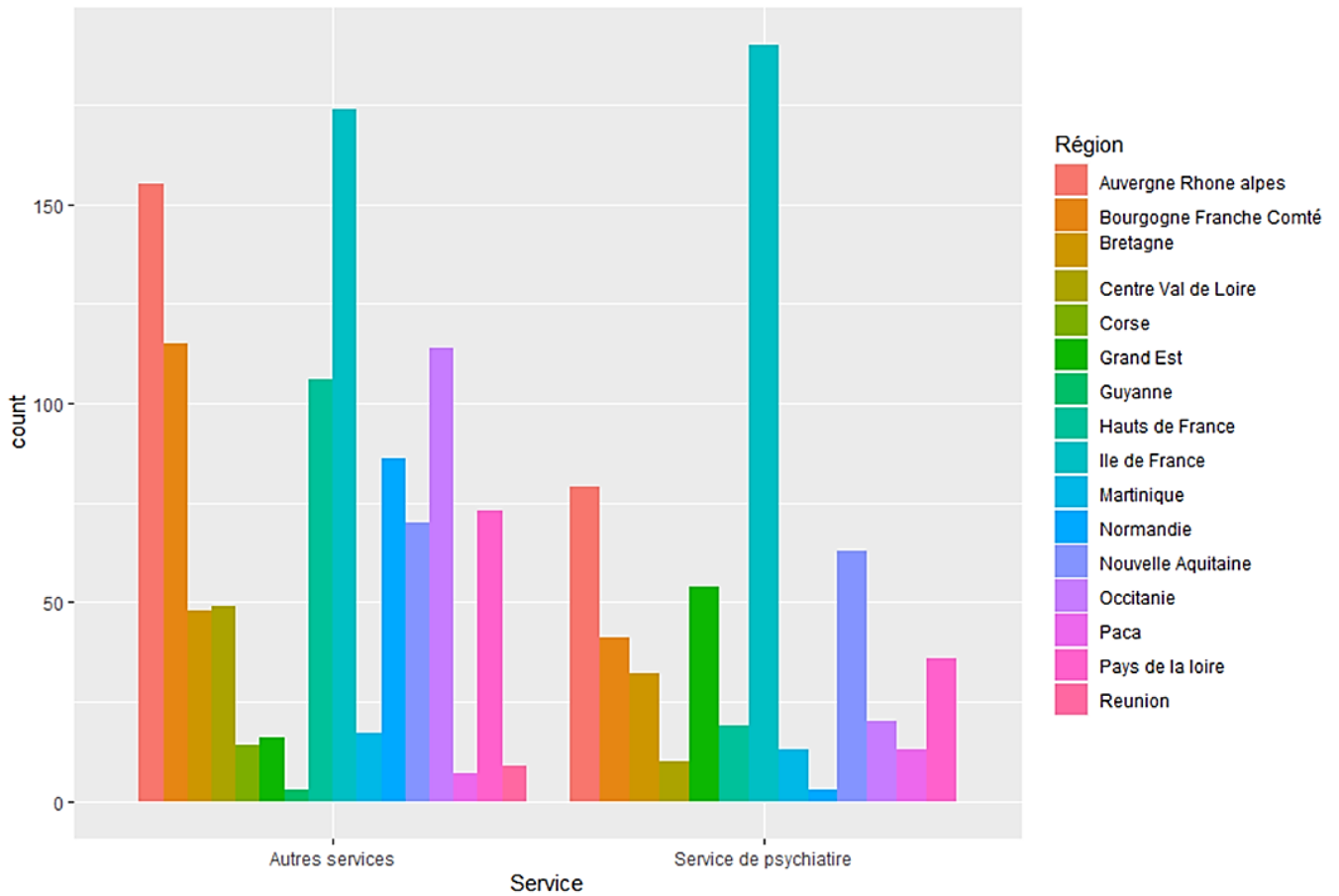


FIGURE 12 TYPES DE SERVICES ACCUEILLANT LES ATELIERS PAR REGION

Je vais maintenant détailler les données de trois régions en commençant par la région Auvergne Rhône-Alpes.

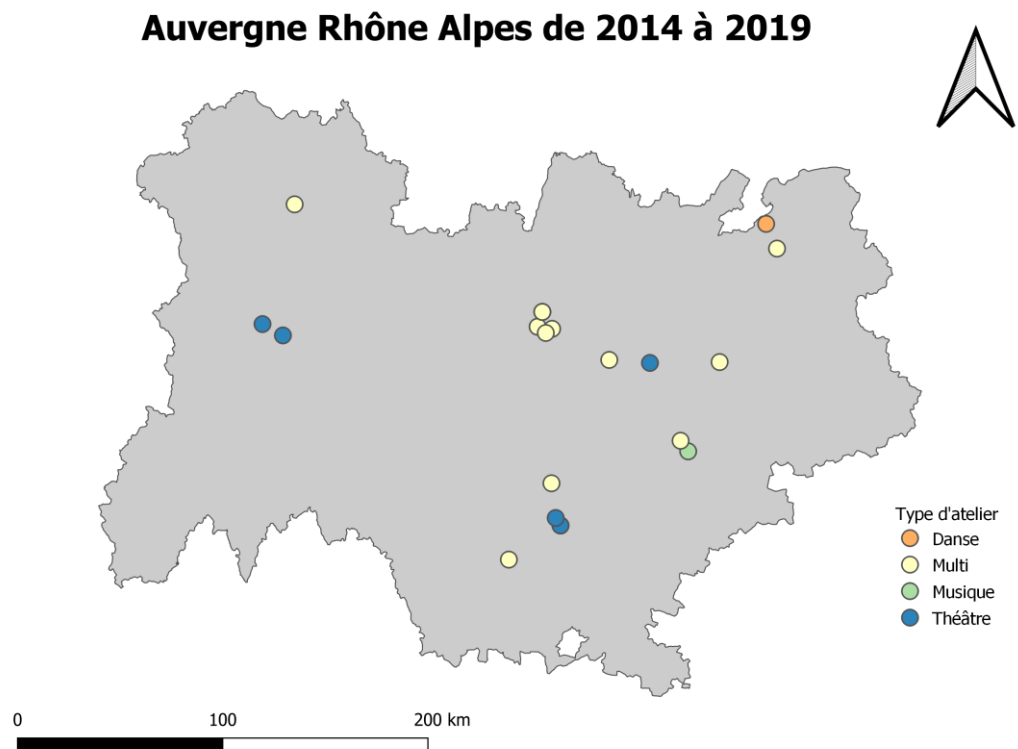


FIGURE 13 TYPES D'ATELIERS EN SERVICE DE PSYCHIATRIE REGION AUVERGNE RHONE ALPES

	Discipline				
Année	Danse	Multi	Musique	Théâtre	Total général
2014	1	6	3	4	14
2015		5	2	4	11
2016		6	2	5	13
2017		10	1	4	15
2018		9		5	14
2019		5	1	3	9
Total général	1	41	9	25	76

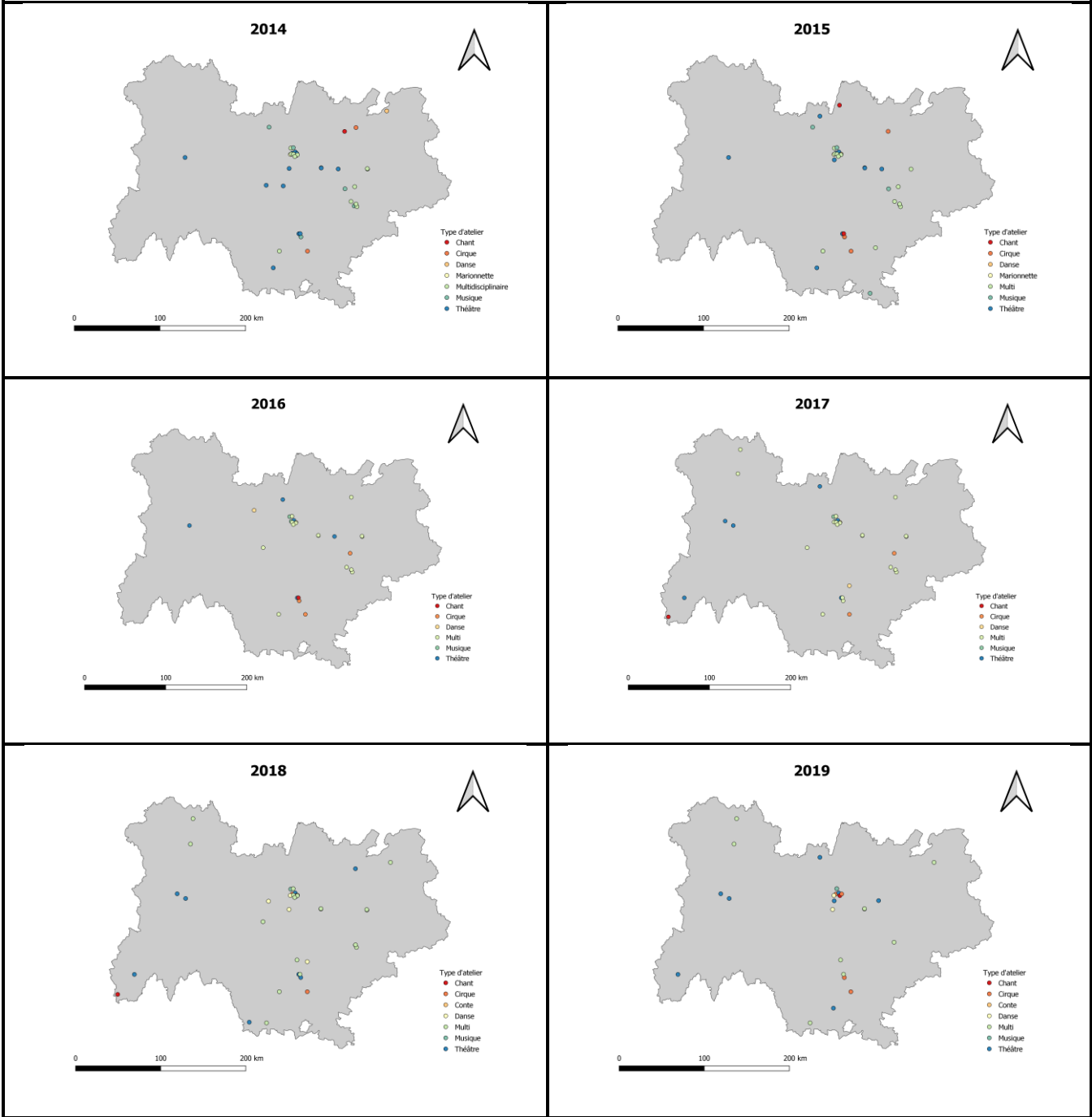
FIGURE 14 DISCIPLINES ARTISTIQUES EN SERVICE DE PSYCHIATRIE AUVERGNE RHONE ALPES

Pour cette région, on dénombre de 2014 à 2019 25 ateliers théâtre, 1 de danse, 9 de musique et 41 multidisciplinaires. Une part importante des ateliers se concentrent dans le département 69. C'est ce territoire qui est le mieux doté. Cela s'explique par la forte influence de la Ferme du Vinatier du CHS de Bron, un établissement historique dans le développement de la culture à l'hôpital. On trouve également de nombreux ateliers dans le Centre Hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or et le Centre Hospitalier Drôme Vivarais. Une concentration autour des grands centres urbains s'explique par la disposition géographique des structures de santé mentale. On retrouve cela dans toutes les régions étudiées.

Cette région a la particularité d'avoir une association relais du dispositif Culture et Santé très active, Interstice. Cela explique la forte présence de la pratique d'ateliers dans les services de psychiatrie. C'est aussi un territoire marqué par la psychothérapie institutionnelle, dont les premières expériences culturelles à Bron, et par l'une des premières compagnies théâtrales montée dans un service de pédopsychiatrie dans les années 1970.

En ce qui concerne la fréquence sur les années d'étude, en 2014 on dénombre 14 ateliers, en 2015 11, 13 en 2016, 15 en 2017, 14 en 2018 et 9 en 2019. On peut donc noter une stabilité sur les années. Ce qui est intéressant de signaler est qu'au moment de la fusion des régions en 2016, la région Auvergne a vu un accroissement de son offre culturelle dans les structures hospitalières, en particulier en psychiatrie. Elle a été en cela influencée par la région Rhône Alpes voisine.

Voici ci-dessous les ateliers en arts du spectacle de 2014 à 2019. On peut noter une concentration dans les grands centres urbains. La région Auvergne voit bien son activité augmenter à partir de 2017 à la suite de la fusion des régions.



En Bretagne, la répartition disciplinaire n'est pas la même puisqu'on dénombre 18 ateliers théâtre, 1 de danse, 4 de chant et 9 multidisciplinaires. La musique est absente en service de psychiatrie. Pour la répartition géographique, elle est homogène sur le territoire. Là aussi, les ateliers s'organisent aux abords des grandes villes de la région.

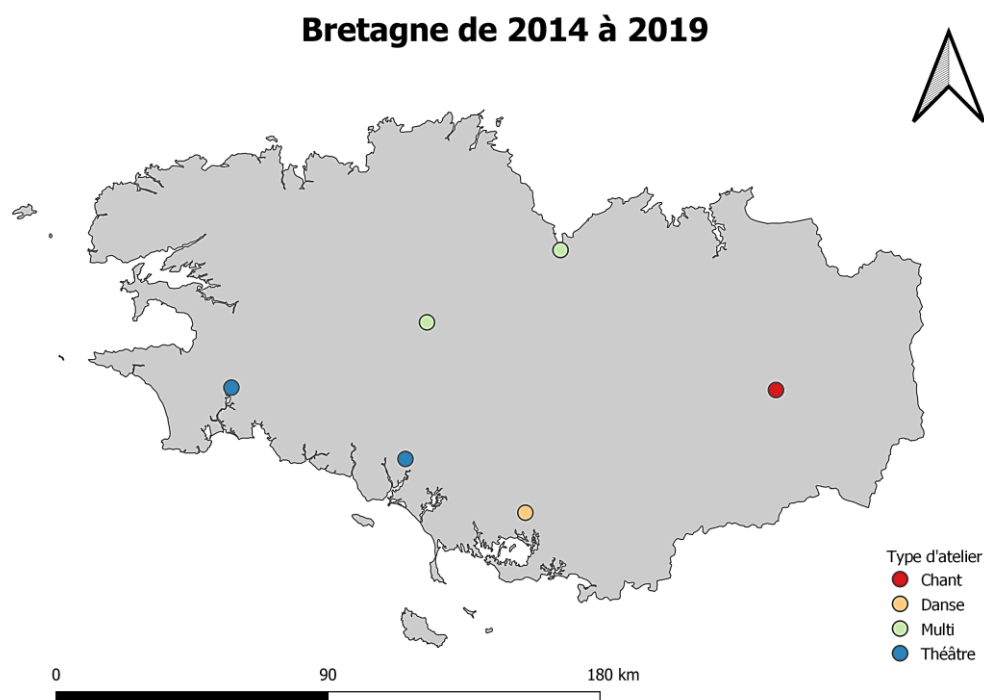


FIGURE 15 TYPES D'ATELIERS EN SERVICE DE PSYCHIATRIE REGION BRETAGNE

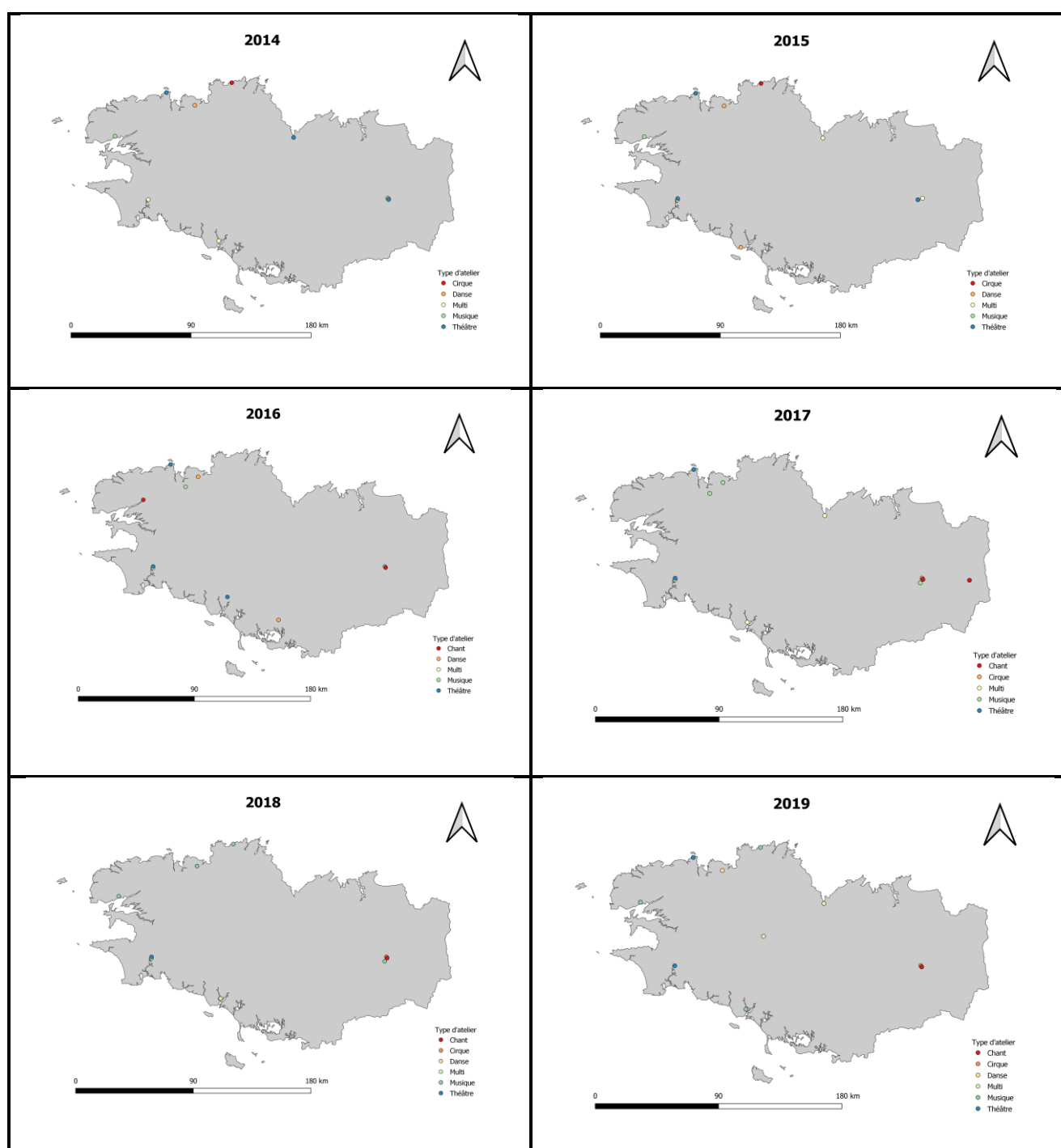
DE 2014 A 2019

	Discipline				
Année	Chant	Danse	Multi	Théâtre	Total général
2014			1	3	4
2015			2	3	5
2016	1	1	1	4	7
2017	1		2	3	6
2018	1		1	3	5
2019	1		2	2	5
Total général	4	1	9	18	32

FIGURE 16 DISCIPLINES ARTISTIQUES EN SERVICE DE PSYCHIATRIE BRETAGNE

Deux établissements ressortent aussi des données quantitatives. Il s'agit du CHGR de Rennes (centre socio thérapeutique et culturel) et la Clinique du Val Josselin à Yffiniac. Sur les 7 établissements accueillant des ateliers, 5 ont le statut public et 2 le statut privé. Là encore, on note une stabilité relative, puis une stabilité à 5 sur les 6 années : 4 ateliers en 2014, 5 en 2015, 7 en 2016, 6 en 2017, 5 en 2018 et 5 en 2019.

Voici ci-dessous les ateliers en arts du spectacle de 2014 à 2019 dans l'ensemble des services.



Enfin, dans les Hauts-de-France trois EPSM sont bien représentés : l'EPSM des Flandres, l'EPSM de Lille Métropole et l'EPSM Saint Venant. Les EPSM font partie de la catégorie Finess des CHS et se situent encore dans ou autour des grandes agglomérations.

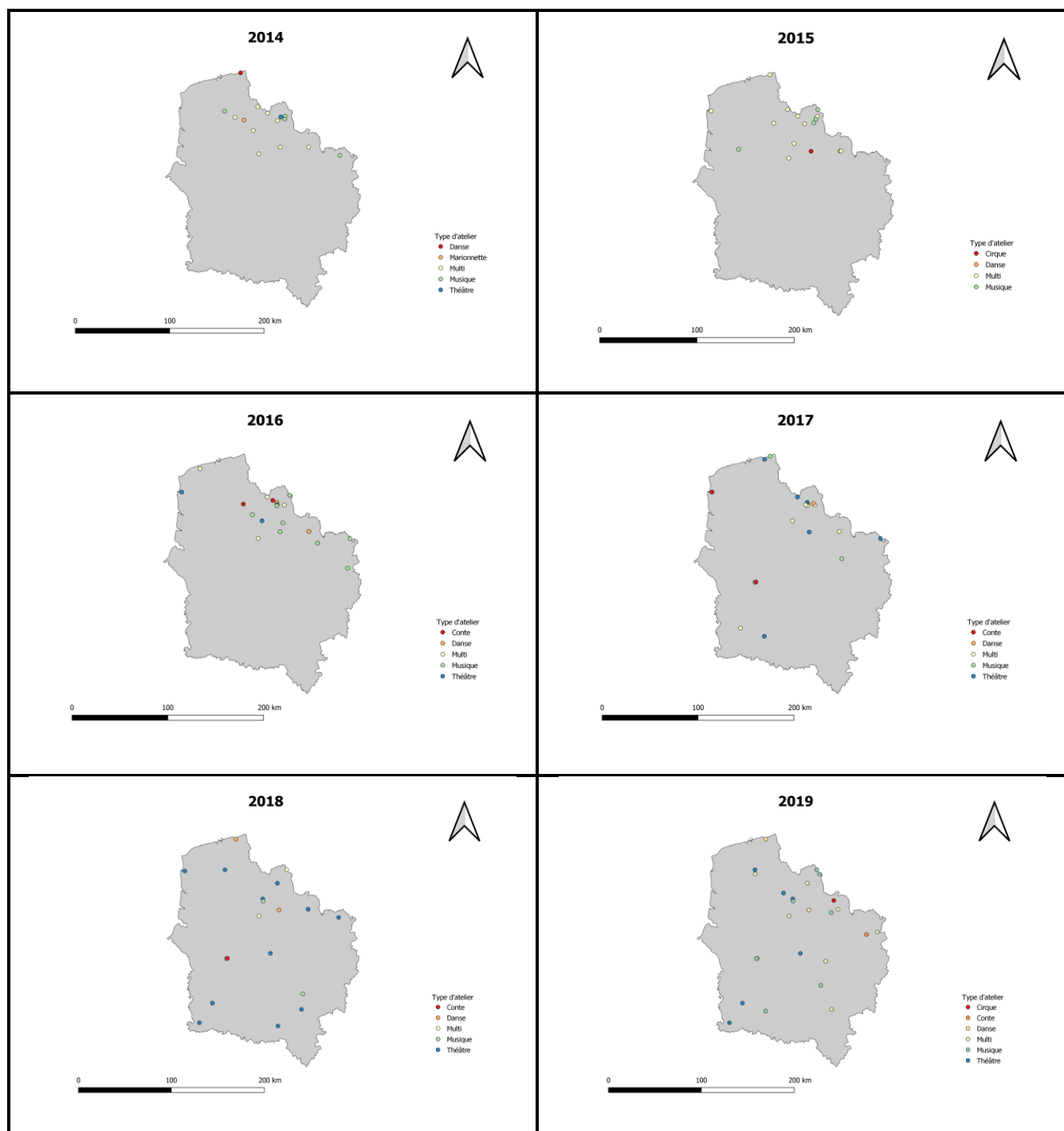
Année	Discipline				Total général
	Conte	Multi	Musique	Théâtre	
2014		2			3
2015		3			3
2016	1	2		1	4
2017	1	1		3	5
2018	1		1		3
2019					1
Total général	3	8	1	4	19

FIGURE 17 DISCIPLINES ARTISTIQUES EN SERVICE DE PSYCHIATRIE HAUTS-DE-FRANCE

On retrouve une répartition similaire en termes de discipline dans les services de psychiatrie en Hauts-de-France et dans les autres régions. Il est à noter ici une plus forte proportion d'ateliers conte en comparaison avec les autres régions : 4 théâtres, 1 musique, 3 contes et 8 multidisciplinaires. La stabilité sur les années est à observer malgré une légère baisse à la fin des années étudiées (3 en 2014, 3 en 2015, 4 en 2016, 5 en 2017, 3 en 2018 et 1 en 2019).

On note donc que les ateliers théâtre et les ateliers aux pratiques multidisciplinaires sont les mieux représentés. Cela correspond à la tendance relevée plus haut. Cette distribution se retrouve-elle dans les autres services hospitaliers ?

Voici ci-dessous les ateliers en arts du spectacle de 2014 à 2019 dans l'ensemble des services.



Autres services de 2014 à 2019

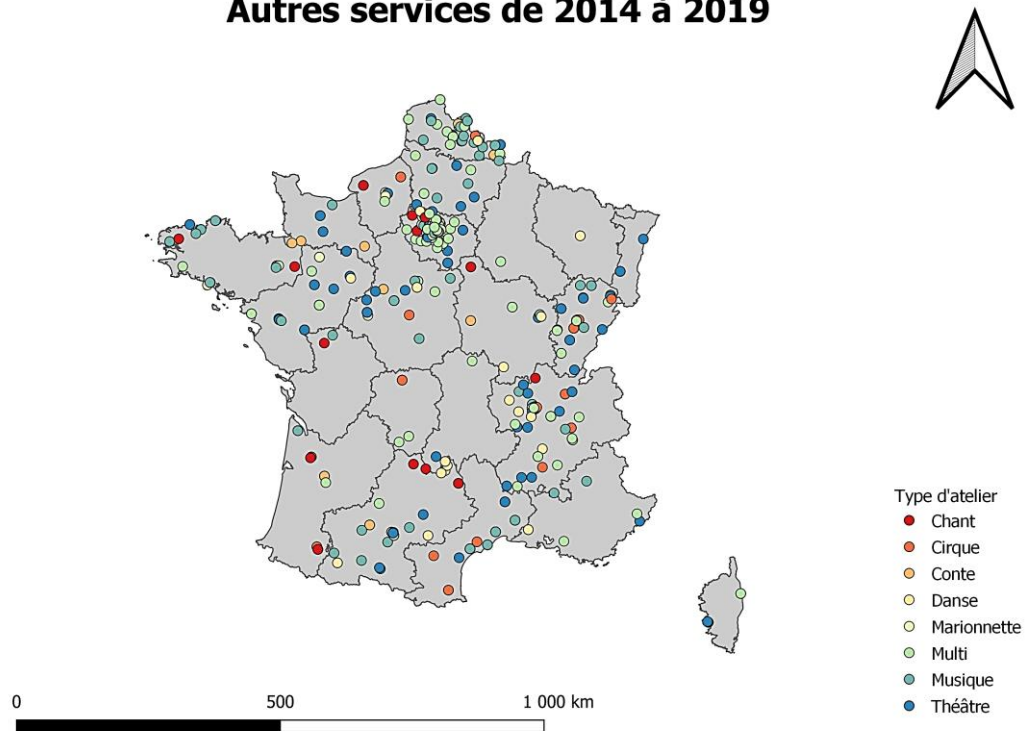


FIGURE 18 TYPES D'ATELIERS DANS LES AUTRES SERVICES

DE 2014 A 2019

J'ai dénombré dans les autres établissements 169 multidisciplinaires, 167 de musique, 161 ateliers théâtre, 92 de danse, 47 de cirque, 41 de chant, 28 de conte et 4 de marionnette. On peut donc affirmer que les services de psychiatrie sollicitent plus l'activité théâtrale dans le cadre d'ateliers de pratique artistique relevant des arts du spectacle que les autres services hospitaliers. Cela s'explique principalement par une tradition de pratique du théâtre avec les personnes prises en charge dans ces services. Cela évolue et l'offre tend à se diversifier en psychiatrie comme ailleurs.

Le théâtre en psychiatrie

Pour terminer cette analyse des données quantitatives, je centrerai le propos sur le type d'établissement où se situent les ateliers et le type de projet. 202 réponses aux questionnaires ont permis de décrire finement 861 ateliers. Les professionnels ayant répondu aux questionnaires ont pour la plupart répondu à la totalité des questions. Des descriptifs très complets de projet menés dans plusieurs établissements m'ont également été transmis.

Le type de public est en grande majorité des personnes prises en charge en psychiatrie. Le pourcentage des questionnaires issus d'établissement de soins des maladies mentales est très élevé. La pédopsychiatrie dans ce type d'établissement est bien représentée. Un nombre important des questionnaires est également issu de la gériatrie, de la prise en charge des personnes âgées en particulier en SSR. Quelques projets mentionnent les personnels de l'établissement (soignants, personnels administratif...) comme public destinataire de l'action. Ce sont alors des projets hybrides. Plus du tiers des ateliers se distribuent dans des établissements psychiatriques sur la période étudiée. En 2018, on atteint même 45%. Il est donc important de connaître les raisons de cette forte présence des établissements des soins en maladie mentale.

Les finalités des ateliers se situent autour de l'accompagnement des soins et de la diffusion de la culture. C'est pratiquement l'ensemble des questionnaires qui en font référence. Sont également évoqués la confiance en soi, l'autonomie, la cohésion, le décroisement, le lien, des espaces de créativité, le divertissement et la préparation à la sortie.

Types d'établissements

Quels sont donc les établissements psychiatriques accueillant des ateliers théâtre ? Je me suis ici placé du côté de l'institution des établissements de soins des maladies mentales car c'est bien dans ces structures que les ateliers théâtre ont lieu. Une typologie des établissements est complexe en psychiatrie. Il faut tout d'abord prendre en considération l'organisation générale de cette discipline médicale pour ensuite entrer dans le détail des établissements accueillant ce type d'atelier. Comme le pointe Lisa Velpry, sociologue spécialiste du domaine, la structuration des établissements est particulière :

Le paysage psychiatrique français est complexe et mal connu, de même que les modes de vie et les prises en charge des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les pratiques psychiatriques sont extrêmement hétérogènes, de même que les courants théoriques ou les modèles dont se réclament les professionnels. Les situations de vie des personnes souffrant de troubles mentaux graves sont elles aussi très diversifiées, et dépendent de l'offre de soin de leur lieu de résidence mais également d'éléments liés à leur environnement social et aux manifestations de leur trouble, le tout étant fortement influencé par la dimension temporelle et probablement générationnelle³⁰⁴.

Quelques éléments peuvent malgré tout aider à se repérer dans cet environnement particulier. Tout d'abord, les catégories d'établissement de la documentation Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) indiquent la nomenclature à adopter dans la dénomination des établissements.

Le pivot de la sectorisation en psychiatrie publique ou privée sous contrat est le CMP. Il assure les soins ambulatoires. Son intérêt est d'être au plus proche géographiquement du patient. Les modes de soins s'articulent autour de ce CMP. Il demeure le lieu de la consultation et de l'hospitalisation partielle (CATTP, Hôpital de Jour...). L'hôpital de jour, absent de la nomenclature, fait partie du CMP et est un lieu proposant un projet thérapeutique à des malades. On distingue l'hôpital de jour et le centre de jour des structures privées, fournissant des services sociaux ou occupationnels avec très peu de contrôle médical. L'hôpital de jour vise à faciliter la réinsertion sociale.

Ensuite, dans un secteur, en plus du CMP et des services qui en dépendent (CATTP, HDJ...) il y a en général de l'hospitalisation libre et sous contrainte respectivement dans les services ouverts ou fermés des CHS (Centre Hospitalier Spécialisé). Ces établissements peuvent être soit publics soit privés sous contrat. Enfin, les MSMM (Maison de Santé pour Maladies Mentales) peuvent également accueillir des patients pour de l'hospitalisation libre. Le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) utilise une nomenclature dans la désignation des établissements de soins psychiatriques :

³⁰⁴ L. Velpry, *Le quotidien de la psychiatrie*, op. cit. P.56

1000 Etablissements Relevant de la Loi Hospitalière

1100 Etablissements Hospitaliers

1103 Centres Hospitaliers Spécialisés Lutte Maladies Mentales

292 Centre Hospitalier Spécialisé lutte Maladies Mentales

1111 Autres Etablissements de Lutte contre les Maladies Mentales

156 Centre Médico-Psychologique (C.M.P.)

161 Maison de Santé pour Maladies Mentales

366 Atelier Thérapeutique

412 Appartement Thérapeutique

415 Service Médico-Psychologique Régional

425 Centre d'Accueil Thérapeutique à temps partiel

430 Centre Postcure Malades Mentaux

444 Centre Crise Accueil Permanent

FIGURE 19 TABLEAU DE CATEGORIES DES ETABLISSEMENTS

DOCUMENTATION FINISS

Le manque de clarté dans le classement de ces établissements est, nous le verrons, dû à la diversité de l'organisation des secteurs. Lise Demailly pointe l'importance de la psychiatrie dans le système sanitaire en France et cette hétérogénéité dans les différents secteurs.

Le cœur du système sanitaire en France est le « secteur psychiatrique » (827 établissements généraux pour adultes, 320 pour la pédopsychiatrie et 26 pour les détenus). Le secteur, sous la responsabilité d'un médecin-chef psychiatre, réunit les soins offerts par la psychiatrie en hospitalier et en ambulatoire, sur un terrain d'environ 70000 habitants. [...] Mais il ne faut pas oublier l'hospitalisation privée qui réalise jusqu'à 50% des hospitalisations dans certaines régions, la médecine dite « de ville » : médecin généraliste et psychiatres libéraux et la floraison des psychothérapeutes³⁰⁵.

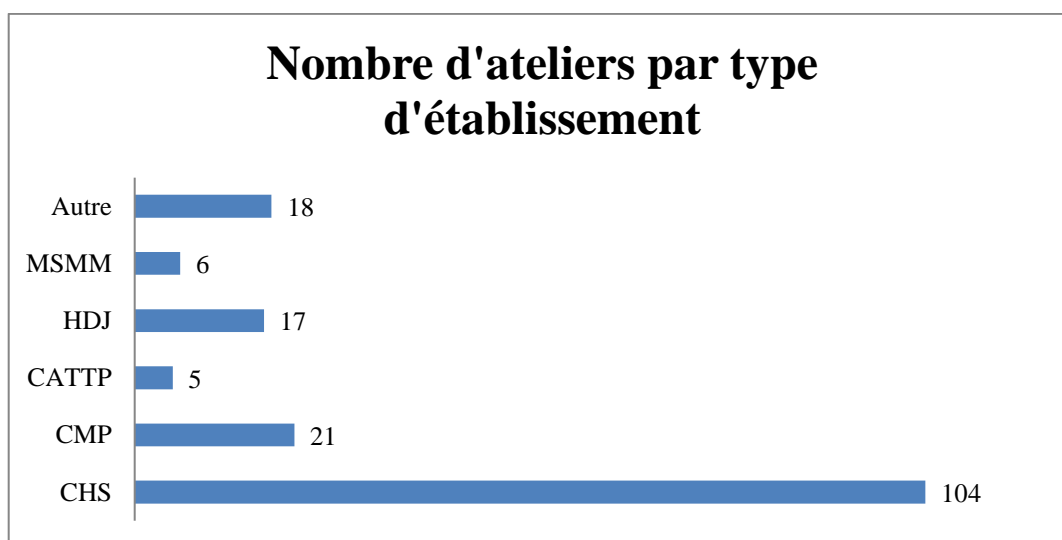
Peu d'études sociologiques, hormis les travaux de Lise Demailly et Livia Velpry aident à se repérer dans cet environnement pluriel. En restant fidèle aux propos et aux catégories proposées par les acteurs de terrain qui ont répondu à mon enquête, j'espère approcher au plus près la réalité de ce domaine. Un regard critique sur mes données reste cependant essentiel pour pointer les écueils des informations compilées.

³⁰⁵ L. Demailly, *Sociologie des troubles mentaux*, op. cit. P.58

Les données quantitatives issues de la recherche UPL sur les arts du spectacle dans les établissements de soins de 2014 à 2019 indiquent que la majorité des ateliers théâtre ont lieu dans les CHS, les CMP, les CATTP, les MSMM et les HDJ. Une catégorie « Autre » regroupe des établissements aussi divers que le centre psychothérapique, les appartements de coordination thérapeutique et les centres postcure car le nombre d'ateliers est très faible dans ce type d'établissement.

Au total, 171 ateliers théâtre ont été référencés sur la période 2014-2019 dans les CHS et les Autres Etablissements de Lutte contre les Maladies Mentales. La différence avec les 106 ateliers théâtre exposés dans la partie précédente s'explique par la prise en compte de la fréquence des ateliers sur les différentes années. Il y a 106 ateliers théâtre dans les services de psychiatrie différents qui peuvent pour certains avoir lieu durant plusieurs années. Au total, on dénombre donc 171 ateliers théâtre en psychiatrie de 2014 à 2019.

Pour rappel, deux campagnes de recueil de données ont eu lieu dans le cadre du projet de recherche UPL. La première, plus exhaustive du fait de la méthode de collecte (prise de contact téléphonique avec l'ensemble des établissements relevant de la psychiatrie sur l'IDF), se centre sur la région IDF, la seconde sur le territoire national avec une prise de contact des établissements par le biais des ARS.



Ce que nous pouvons noter d'emblée est la forte représentation des CHS. La rubrique CHS englobe différents modes de soins en plus de l'hospitalisation libre ou sous contrainte. Ces établissements peuvent regrouper en effet des CMP, HDJ et CATTP en leur sein. Le manque de précision sur le type de service est donc un problème majeur pour l'interprétation et l'analyse des données des résultats.

Pour autant, les CHS sont fortement représentés et organisent de nombreux ateliers pour plusieurs raisons. Tout d’abord, ces structures accueillent un nombre important de patients. Il est donc compréhensible que plus le nombre de patients soit important, plus le nombre d’ateliers le soit aussi. Deuxièmement, les CHS sont des structures présentes dans les grandes agglomérations. Ils ont ainsi plus de facilité à tisser des liens avec des établissements culturels du territoire également plus présents dans les grandes villes.

Cette tendance de la forte représentation des CHS se retrouve pour toutes les années de notre étude :

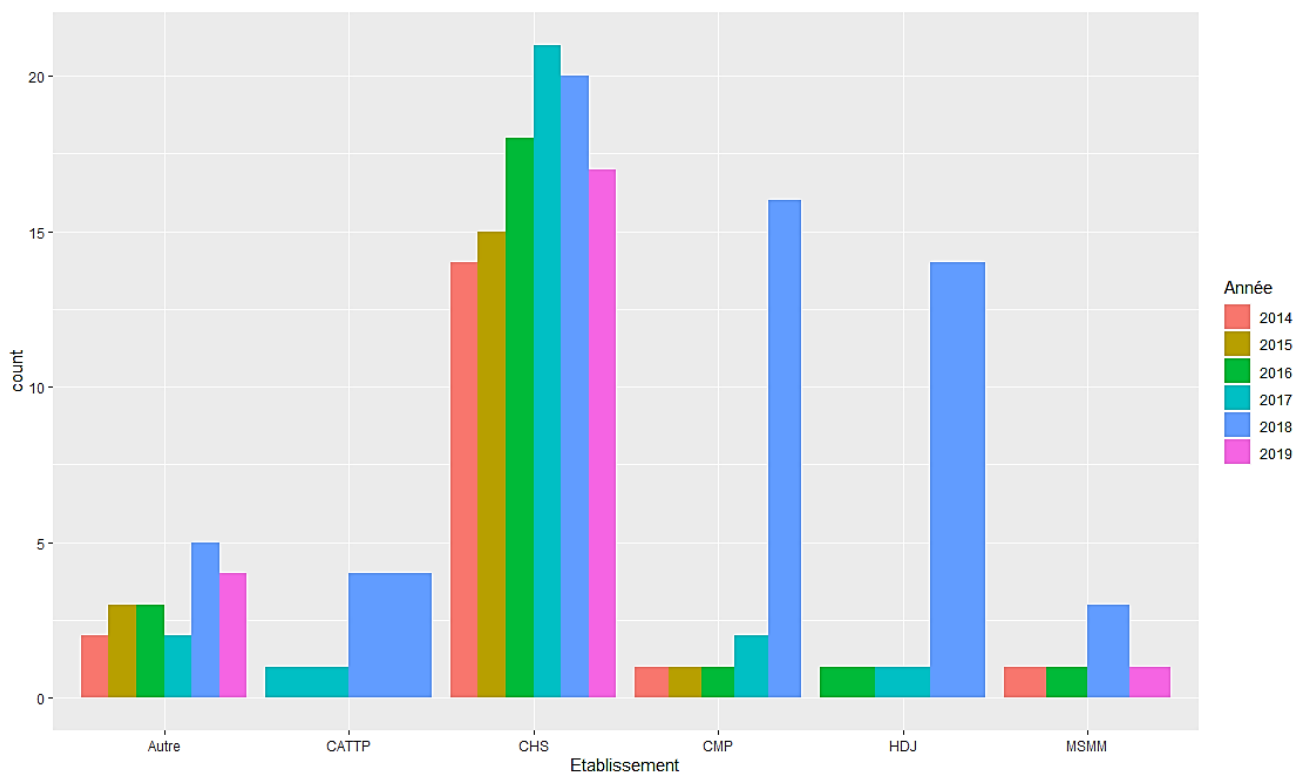


FIGURE 20 FREQUENCE DES ATELIERS PAR TYPES D'ETABLISSEMENTS DE 2014 A 2019

Viennent ensuite les CMP et les HDJ lorsque l’on s’intéresse uniquement à la fréquence des ateliers. Il est à noter ici une proportion très élevée d’ateliers en 2018 pour ce type de structure. Cela est dû à la part importante de données récoltées en IDF. En appelant toutes les structures psychiatriques en IDF par téléphone, une précision plus importante a été possible grâce à cette méthode. Ainsi, la réalité des pratiques dans les structures de la psychiatrie a été approchée plus finement. On peut donc noter que lorsque l’on rentre dans le détail des établissements en IDF, la catégorie CHS a tendance à baisser du fait d’une précision plus étroite de la catégorie d’établissement. Ce qui est intéressant à souligner ici est également la faible proportion des CHS sur le territoire francilien. Il faudrait rapprocher cette observation de la

structure même de l'organisation institutionnelle de la psychiatrie sur ce territoire pour savoir si la diversité des catégories d'établissements est une réalité. On peut le supposer puisque l'IDF doit accueillir un nombre plus important de patients du fait de la densité de population. Les structures ont pu développer des modes de soins en ambulatoire plus nombreux que dans des territoires moins densément peuplés où les patients sont éloignés des structures de soins. Cela reste une hypothèse qu'il faudrait vérifier. Cette diversité ne se retrouve dans aucune autre région, comme nous pouvons le voir sur le graphique ci-dessous. Un biais méthodologique est ici à signaler et préciser. La catégorie CHS est surreprésentée du fait que d'autres établissements des modes de soins ambulatoires (CMP, CATTP, HDJ) peuvent dépendre de ces établissements. La catégorie CHS n'entre pas dans ces détails. C'est un gros biais de nos données. Le graphique de l'IDF reflète donc plus la réalité car les données permettent d'entrer plus dans le détail des différentes structures. Dans le cas des premiers graphiques, la catégorie CHS est surreprésentée du fait d'une indifférenciation des modes de prise en charge entre l'ambulatoire (CMP, CATTP, HDJ) et l'hospitalier (CHS). Dans les deux cas, peu de cliniques privées (MSMM) organisent des ateliers.

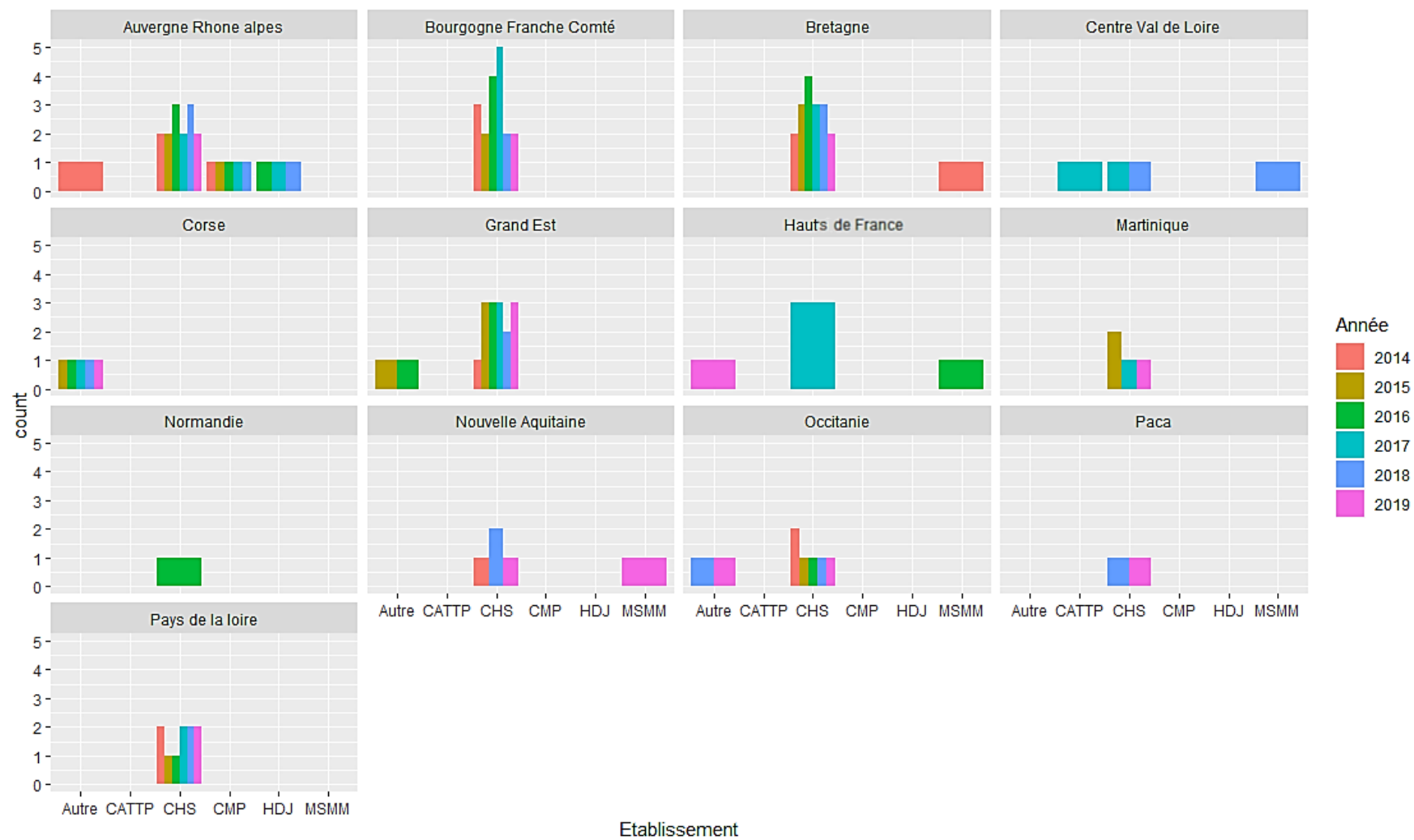


FIGURE 21 FREQUENCE DES ATELIERS PAR TYPES D'ETABLISSEMENTS ET PAR REGION

Cartographie des ateliers théâtre en psychiatrie de 2014 à 2019

Il s'agit maintenant de détailler la distribution géographique des ateliers théâtre en service de psychiatrie selon le type d'établissement. Les données sont ici partielles puisqu'il manque des données de quelques régions pour certaines années (2014 et 2015 principalement). Je peux cependant proposer une cartographie des ateliers théâtres car de nombreux établissements m'ont transmis les informations sur les compagnies, soignants ou comédiens intervenant dans le cadre de ce type de projet.

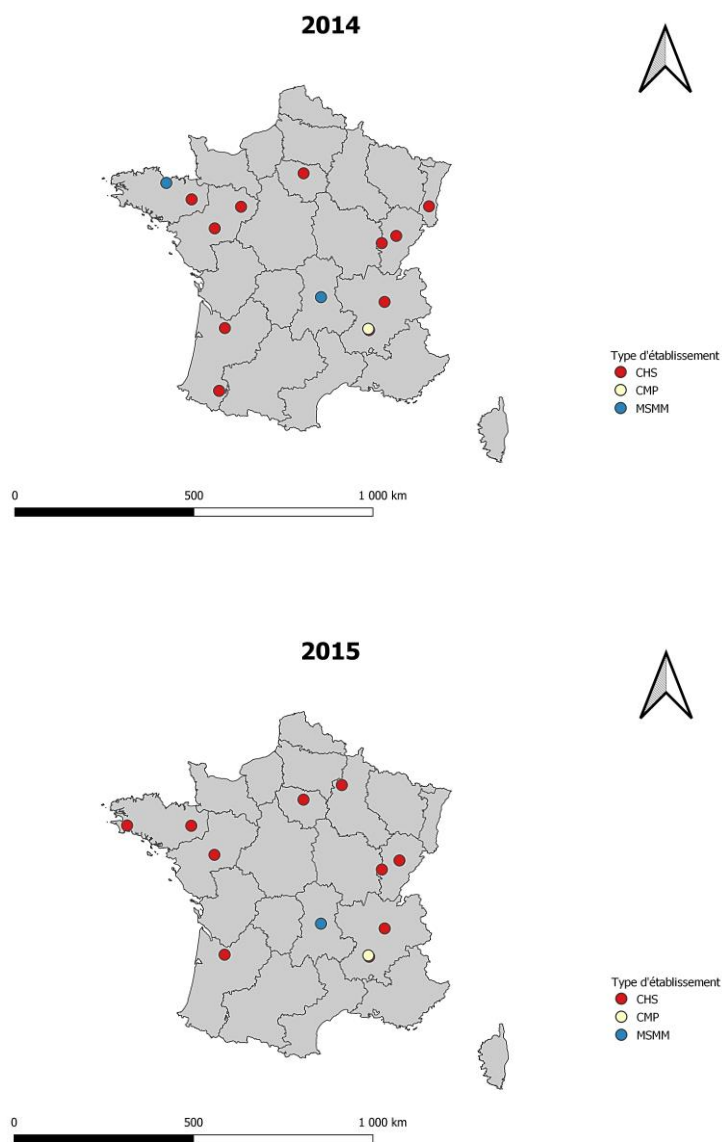


FIGURE 22 CARTOGRAPHIE DES ATELIERS THEATRE (SERVICE DE PSYCHIATRIE) 2014 2015

En 2014 17 ateliers ont été référencés. 12 se déroulent dans des établissements publics (Centre Hospitalier Spécialisé lutte Maladies Mentales principalement), 2 dans des structures privées (Maisons de Santé pour Maladies Mentales). La répartition géographique est très étendue. En 2015, c'est encore 17 ateliers qui sont listés, 15 en CHS (public), 1 en MSMM et 1 en CMP. On retrouve peu ou prou la même distribution géographique.

En 2016 et 2017, une légère augmentation des ateliers listés est à signaler

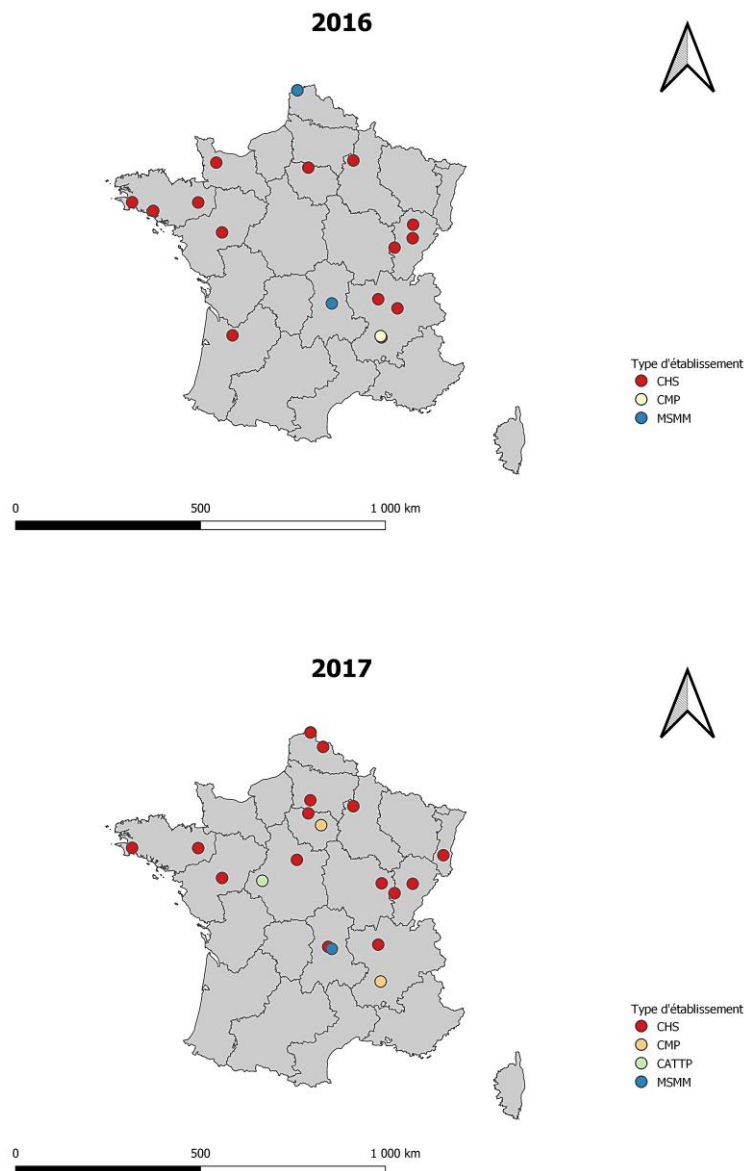


FIGURE 23 CARTOGRAPHIE DES ATELIERS THEATRE (SERVICE DE PSYCHIATRIE) 2016 2017

En 2016, on compte 21 ateliers. La répartition entre structures privées et publiques est relativement identique aux deux années précédentes puisqu'ils se répartissent dans 15 structures

publiques (CHS et CMP) et 3 structures privées (CHS et MSMM). La majorité des établissements ici listés apparaît déjà dans la période 2014-2015. En 2017, 23 ateliers sont listés. On compte alors plus que 2 ateliers dans le secteur privé (1 MSMM et 1 CHS). Autre originalité pour ces deux années, la situation géographique des ateliers. En France métropolitaine, la distribution s'effectue presque exclusivement dans une zone au nord de Clermont-Ferrand. Que faut-il en penser ? Les organismes régionaux du dispositif Culture et Santé semblent encore en structuration, notamment dans le sud-est, et cela peut être une des raisons de ce manque d'ateliers, qui ne concerne d'ailleurs pas uniquement les ateliers théâtre en psychiatrie. Pour terminer, voici les deux dernières années de l'étude :

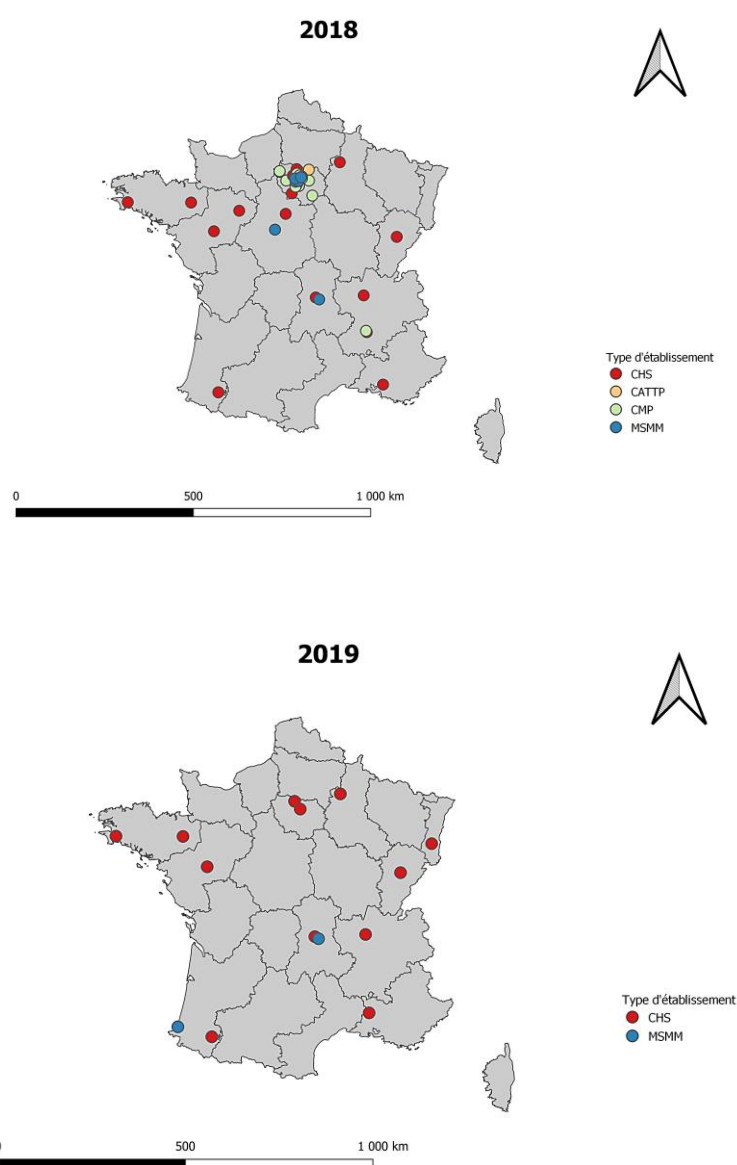


FIGURE 24 CARTOGRAPHIE DES ATELIERS THEATRE (SERVICE DE PSYCHIATRIE) 2018 2019

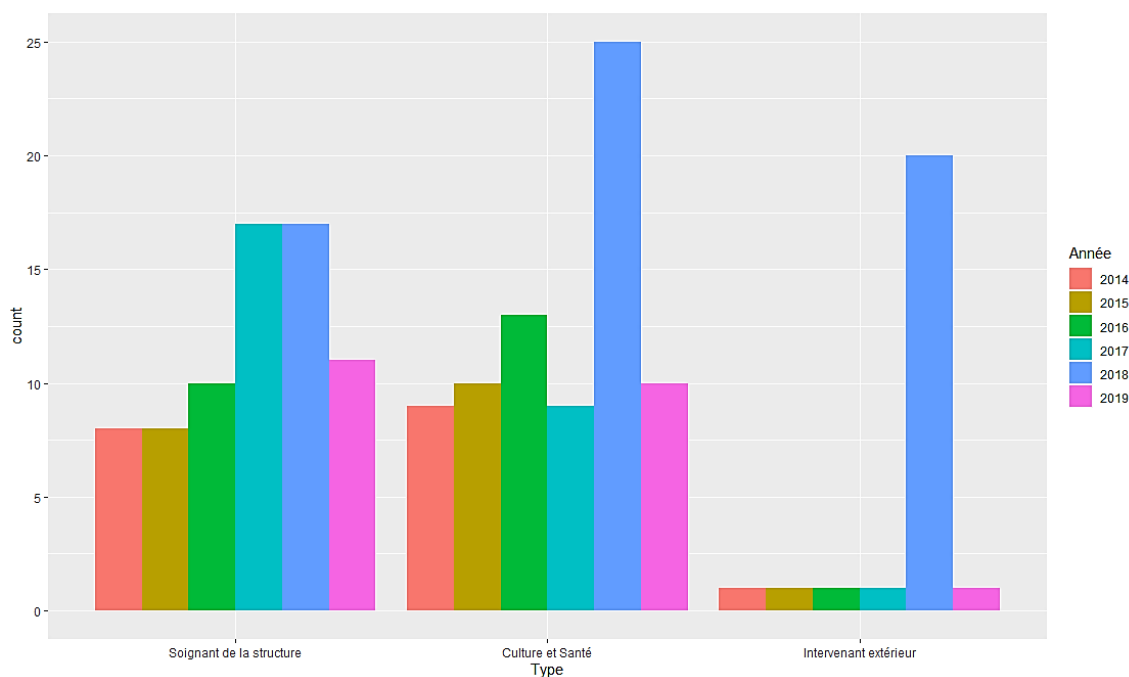
En 2018, 55 ateliers ont été listés. 45 dans le secteur public et 10 dans le secteur privé. On note une concentration dans la région IDF du fait de l'étude spécifique sur cette région pour cette année. Enfin, en 2019, 18 ateliers se sont tenus dont 15 dans le secteur public. Cela montre encore une fois la primauté des établissements publics dans l'organisation de ce type d'activité. Ils ont plus de fonds pour encourager des politiques culturelles inscrites dans la loi. Les données étant principalement issues du dispositif Culture et Santé, on comprend dès lors la primauté du public sur le privé. Les établissements privés sollicitent moins ce dispositif. On peut penser que les établissements privés orienteront plus l'activité théâtre vers un penchant thérapeutique. Enfin, dans les territoires dont les établissements privés de soins psychiatriques sont nombreux (c'est le cas du sud-est), on note une plus faible proposition d'activité théâtrale dans les services psychiatriques.

Types de projets

Les statistiques montrent qu'en service de psychiatrie en Ile-de-France, les responsables de l'atelier sont à 37% des intervenants extérieurs, à 27% des soignants ayant une pratique amateur et à 17% un binôme intervenant extérieur et soignant. Les arts thérapeute ne sont que 6%. Pour le théâtre 39% des responsables d'atelier sont des intervenants extérieurs, 30% des soignants, et 14% un binôme intervenant extérieur et soignant. 5% sont des dramathérapeutes.

Les similitudes sont intéressantes entre le type de personnel en service de psychiatrie et le responsable d'atelier pour l'activité théâtre. Les résultats sont concordants. Ceci n'est pas étonnant car le théâtre en psychiatrie est l'activité originelle du point de vue historique. Les ateliers gérés par des dramathérapeutes sont peu nombreux.

Lorsque l'on s'intéresse au type de projet, trois grands types apparaissent : les projets menés par les soignants des structures (psychologue, ergothérapeute, éducateur, infirmier ou psychiatre), les projets menés par des intervenants extérieurs (comédiens professionnels ou amateurs, animateur socio-culturel, dramathérapeute) ou les projets menés par des comédiens professionnels dans le cadre du dispositif Culture et Santé.



On retrouve là encore une différence dans les données de 2018. Une meilleure exhaustivité caractérise cette année. Des intervenants extérieurs ont ainsi pu être identifiés que nous ne retrouvons pas dans les données des autres années.

En ce qui concerne les établissements, les intervenants extérieurs n'occupent aucune place dans les CHS. Cela se retrouve dans l'ensemble des données, en IDF et sur le territoire national. Dans le cadre d'hospitalisation libre ou sous contrainte en CHS, on ne finance pas d'intervenant en dehors du dispositif Culture et Santé ou dans le cadre de soignant organisant un atelier. Les hôpitaux forment plutôt les soignants aux techniques de médiation thérapeutique par le théâtre. Dans le cadre du dispositif Culture et Santé, les artistes interviennent également dans les cliniques privées mais de façon marginale. « Il y a très peu de demandes qui nous parviennent du privé. On intervient dans tout le champ sanitaire. On reçoit 65 demandes : environ 60 dans le public et 5 dans le privé³⁰⁶. » Les cliniques privées sont de toute façon très peu nombreuses à organiser des ateliers théâtre. Cela se retrouve en IDF où seulement deux ateliers sont organisés dans ce type d'établissement. Il semblerait que les établissements privés usent du théâtre dans un volet plus thérapeutique.

³⁰⁶ MME PORTE, « Entretien du 31 janvier 2018 ».

Conclusion de la deuxième partie

Dans cette seconde partie, j'ai tout d'abord envisagé la pratique du théâtre des patients pris en charge dans les établissements de soins des maladies mentales comme particulière au regard des autres pratiques artistiques (peinture, danse, musique...) qui se développent également dans cet univers. En effet, lorsque l'on s'intéresse à l'évolution des prises en charge dans les services de psychiatrie au regard des pratiques artistiques, qu'elles soient thérapeutiques, occupationnelles ou à vocations purement artistiques, on peut pointer quelques particularités et similitudes entre le théâtre et les autres activités artistiques.

On peut dire tout d'abord que le théâtre est une activité artistique aux multiples facettes dans l'institution psychiatrique. De nombreux psychiatres ou soignants (infirmier, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs, psychologues ou encore orthophonistes) ont ainsi développé des pratiques thérapeutiques s'inspirant des techniques théâtrales (dramathérapie, psychodrame, jeu théâtralisé, théâtrothérapie et médiations théâtrales). Elles sont plurielles et il semble que, même si les autres disciplines artistiques (musique, danse, peinture...) s'utilisent dans un cadre thérapeutique, aucune n'a développé un panel aussi important de pratiques pour la prise en charge des patients en service de psychiatrie. La danse regroupe certes elle aussi un nombre important de pratiques thérapeutiques autour en particulier de l'expression corporelle (Technique Alexander, Rolfing, méthode Feldenkrais...). Cependant, le théâtre apparaît comme la discipline qui offre le plus de possibilités dans la prise en charge thérapeutique des patients souffrant de maladies mentales.

De plus, il est historiquement le plus sollicité en psychiatrie lorsqu'il s'agit de pratiquer un art du spectacle avec les patients. Evidemment, même si un nombre important d'ateliers théâtre est à noter, il ne s'agit pas ici de hiérarchiser des pratiques artistiques qui ont toutes un intérêt et une spécificité. De plus, le nombre n'est pas toujours révélateur de qualité. J'ai ainsi pu montrer dans cette partie que les ateliers multidisciplinaires étaient très nombreux et qu'ils sont largement plébiscités dans les établissements de soins psychiatriques. Cela correspond à un croisement des arts de plus en plus mis en œuvre par les artistes autour de pratiques transdisciplinaires³⁰⁷. Les frontières sont devenues poreuses, les formes hybrides. Pour autant,

³⁰⁷ ARCIER Bernard Faivre D', « De la pluridisciplinarité du spectateur et de la transdisciplinarité de l'artiste », in *L'Observatoire*, n° 2, N° 39, 2011, p. 31-36.

les pratiques artistiques restent à saisir dans un système de production et de diffusion bien délimité³⁰⁸. J'ai donc tenté de concentrer mon propos sur l'organisation spécifique du monde du théâtre quand celui-ci s'adresse aux publics des institutions psychiatriques.

De surcroît, la légitimation de venir faire ici du théâtre s'analyse bien en fonction du réseau d'acteurs sollicité. J'ai ainsi montré qu'entre un atelier théâtre à vocation artistique, thérapeutique ou occupationnel, le sens donné à la pratique n'est pas exactement le même et que les dispositifs de financement et d'accompagnement ne sont, tendanciellement, pas identiques. L'intérêt peut être accordé à la production artistique des patients, mais aussi à des considérations d'ordre médical et/ou social tel qu'un retour à une normalité dans les échanges sociaux, dans l'estime de soi ou encore dans la lutte des troubles de la communication. Les formes d'expressions singulières produites durant ces ateliers sont promues dans les établissements relevant de la psychothérapie institutionnelle. Elles se rapprochent de toute une tradition de pratiques artistiques par des patients prises en charge en psychiatrie. En outre, on peut également trouver dans le théâtre des retombées thérapeutiques. Le théâtre comme soin psychiatrique se trouve même évalué et confirmé par les neurosciences, nous le verrons. Les cadrages de l'établissement et des institutions partenaires sont donc essentiels à prendre en compte dans la compréhension des représentations des ateliers. La valeur de l'artiste peut ainsi provoquer une distinction entre art et animation. Une autre doit être faite selon l'institution entre art et soin.

Tout compte fait, les pratiques théâtrales ne peuvent pas spécifiquement être rapprochées d'un courant psychiatrique particulier plutôt qu'un autre. La proximité d'un type d'atelier précis à un courant ne suffit pas pour conclure à une école ou une tradition particulière, sauf si le praticien s'en réclame ouvertement. D'une part car les courants en psychiatrie ne sont pas totalement clairement établis. Il n'est pas évident de distinguer les praticiens relevant de telles ou telles traditions. D'autre part, la pratique du théâtre prend place dans des établissements très divers. Nous verrons malgré tout, dans la partie ethnographique qui suit, que l'on peut tout de même relever quelques différences entre les praticiens relevant de la psychothérapie institutionnelle et ceux qui proposent une approche plus cognitiviste. Constatant déjà dans cette seconde partie que l'art théâtral est une pratique socialisante et que les intervenants font part dans ce type de pratique d'une grande bienveillance, il est déjà possible

³⁰⁸ MALEVAL Martine, « Guy Alloucherie : recours au mélange et engagement », in *Etudes théâtrales*, n° 3, N° 49, 2010, p. 103-107.

de conclure que cette pratique s'inscrit de toute façon dans une optique d'amélioration de l'environnement social des patients.

Cette deuxième partie propose également un état des lieux des ateliers théâtre en France. Cette étude quantitative m'a permis d'établir une typologie du type d'atelier et des professions des intervenants à partir de mon expérience de terrain et de la lecture des principaux auteurs qui ont traité de cette question. Il semble que celle-ci puisse être encore affinée mais on trouve déjà ici une base dans la compréhension des professionnels utilisant les pratiques théâtrales dans les services de psychiatrie. On peut aussi observer qu'il existe des types d'ateliers et que ceux-ci se concentrent dans les régions où le dispositif Culture et Santé est le plus développé. Il s'agit en partie d'un biais dans la compilation de mes données puisque la majorité des éléments ici présentés sont issus de ce dispositif. Il est donc évident que ce programme guide la présentation de mon étude. En revanche, lorsque le niveau de détail s'accroît, c'est le cas dans la région Ile-de-France, on voit apparaître d'autres catégories d'acteurs et des dispositifs particuliers. On note ainsi la présence de dramathérapeutes dans les services de psychiatrie, de même que l'apparition d'ateliers théâtre menés par des soignants, chose impossible dans le dispositif Culture et Santé.

Finalement, de plus en plus de services de psychiatrie utilisent l'activité théâtrale, autour de pratiques variées et de dispositifs d'organisation pluriels. Je vais maintenant aborder la troisième partie issue d'un travail ethnographique qui analysera la place des différents acteurs dans l'organisation de ces activités sur le terrain.

Troisième partie : Les acteurs

Chapitre 6 : Le responsable de l'atelier

L'étude qualitative, ethnographique, cherche à mettre en évidence en premier lieu les savoirs et les pratiques des praticiens (formation, méthode, éthique, pédagogie). Le recueil de leurs témoignages est d'importance afin d'analyser la progression, le parcours et l'adaptation entre les projets et ateliers, en particulier en questionnant les représentations. Qui est le responsable de l'atelier ? Existe-t-il un groupe professionnel, qui encadre l'atelier ? Comment est-il arrivé dans l'institution ? Quelles formations a-t-il suivies ? Comment est-il considéré par l'institution ? Ces multiples questions relatives à la profession d'intervenant sont à mettre au regard de l'absence de classification et d'inscription dans le Code de la Santé Publique (CSP). Ce code a valeur de typologie des professions de la santé, en particulier dans la quatrième partie de sa partie législative³⁰⁹. D'autres professions sans être qualifiées comme des professions médicales et qui exercent dans le secteur de la santé mentale sont citées dans les parties législatives et/ou réglementaires du CSP. Ainsi, certaines professions disposent d'un décret d'exercice codifié comportant une liste « d'actes » ; c'est le cas en psychiatrie des infirmiers, des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des orthophonistes.

³⁰⁹ BERLAND Y., BONNEL G., CHABOISIER M., et al., *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*, Paris, Haute autorité de santé, 2007.

La profession d'intervenant théâtre en service de psychiatrie et plus généralement en milieu de soins n'existe pas en tant que telle. Un groupe professionnel réglementant et défendant un corps de métier spécifique n'est pas constitué au niveau national. Un code de déontologie n'a pas été défini pour l'ensemble des ateliers et une certification professionnelle n'est à ce jour pas indispensable pour mener un atelier. Cette définition d'une profession par l'existence d'un groupe constitué, d'un code de déontologie et également d'une qualification et de formations spécifiques sert de base à tout un pan de la sociologie des professions. *The Professions* de A. M. Carr-Saunders et P.A. Wilson en 1933, marque le début de cette sociologie des professions : les professions impliquent une technique intellectuelle spécialisée, acquise au moyen d'une formation prolongée et formalisée permettant de rendre un service efficace à la communauté. Plus tard, Harold Wilensky en 1964, dans un article *The professionalisation of Everyone ?* donne, lui, les étapes majeures pour qu'une occupation soit considérée comme une profession : il faut que l'activité soit exercée à temps plein, qu'elle comporte des règles d'activité, comprenne une formation et des écoles spécialisées, possède des organisations professionnelles, comporte une protection légale du monopole, et qu'elle ait établi un code de déontologie. Ces différentes étapes seront reprises par Andrew Abbott en 1988 dans *The system of professions an essay on the division of expert labor*. Ce dernier développe une approche originale de la notion de profession. Il critique particulièrement la démarche visant à considérer l'évolution des professions indépendamment les unes des autres, à travers différents stades. De ce fait, on traiterait moins de ce que les professions font que de comment elles s'organisent pour le faire. Cet auteur propose une approche dynamique et systémique de la notion de profession, qui ne peut donc plus être identifiée a priori : les professions évoluent et se définissent les unes par rapport aux autres, dans des rapports de concurrence pour le monopole de compétences juridiquement établies. Pour lui, on ne peut pas dire vraiment à partir de quand un groupe peut être catalogué comme ayant réussi à constituer une profession. Les professions définissent leur travail, et se faisant elles se définissent elles-mêmes. Les frontières d'une profession n'ont qu'une existence limitée dans le temps et peuvent être remises en cause par un groupe professionnel concurrent.

Les carrières sont multiples et les pratiques différentes. Cependant, pour les disciplines de la dramathérapie, du psychodrame et de la médiation artistique, une qualification est de plus en plus exigée et les associations ou groupements professionnels relatifs à ces spécialités tentent de se faire reconnaître par l'Etat et les institutions de soins. Les carrières professionnelles pour autant n'empruntent pas toujours le même itinéraire. De plus, les pratiques n'abordent pas le

théâtre sous le même angle. Lorsque l'on envisage une étude de l'inscription de l'activité théâtrale sous ses multiples aspects en psychiatrie (artistique, occupationnel et thérapeutique) une classification minutieuse s'impose pour ne pas confondre les différentes pratiques, théories et protocoles. Les formations et les parcours sont aussi très divers. J'ai donc choisi de lister les formations qui peuvent mener à devenir intervenant théâtre en les regroupant dans cinq rubriques spécifiques : Médiations expressives et artistiques, Comédien intervenant, Personnels soignants, Service Animation et Enseignant d'art dramatique. Cette taxinomie de la formation professionnelle donne, en plus des témoignages des intervenants sur leurs itinéraires et leurs parcours, une vision exhaustive des pistes empruntables pour occuper des métiers pluriels qui utilisent tous le théâtre. L'ensemble de ces pratiques est en pleine expansion. Le nombre d'intervenants théâtre en psychiatrie ne cesse de croître³¹⁰.

Ces statuts variés offrent une multiplicité de profils aux instances de recrutements multiples. Les marchés de l'emploi sont tout autant délicats à définir précisément et les relations contractuelles peuvent être là encore de formes multiples. J'ai au cours de mon étude rencontré des statuts variés. Je les décrirai ici en détail. Les comédiens professionnels inscrivant une pratique d'atelier dans leur carrière d'artiste peuvent être employés par la structure de soins, par leurs compagnies, par une structure culturelle (Centre Dramatique National, Scène Nationale...), par une association culturelle (Tournesol Artiste à l'Hôpital...) ou encore par une association de soins (Soins et cultures...). Les comédiens amateurs vont quant à eux opter pour le statut d'auto-entrepreneur, le portage salarial (SMART...) ou être bénévoles défrayés par une association Loi 1901. Les personnels soignants (psychiatre, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, éducateur, dramathérapeute et psychodramatiste) sont la plupart du temps employés par la structure pour mener soit un atelier artistique, soit un atelier thérapeutique, soit les deux entremêlés. Les dramathérapeutes optent souvent pour le statut d'auto-entrepreneur. Certains adoptent le statut de profession libérale et organisent des ateliers en dehors des structures de soins. Ils sont peu nombreux dans ce cas et sont éloignés de mon sujet puisque je m'intéresse uniquement aux ateliers qui se déroulent dans les établissements. Je n'aborderai donc pas ce statut qui est de toute façon peu développé. Les enseignants d'art dramatique peuvent quant à eux être employés par la structure ou être enseignant auto-entrepreneur. J'en ai peu rencontré. Enfin l'animateur est le plus souvent employé par la

³¹⁰ MME POMMIER, « Entretien du 9 septembre 2020 ».

structure. Il joue un rôle central dans la mise en place de nombreux ateliers, en particulier lorsqu'il est également référent culturel Culture Santé.

La pluriactivité semble indispensable dans ce secteur. Elle constitue une norme. Rares sont les personnes qui occupent l'emploi de responsable d'atelier théâtre à temps plein. J'ai au cours de mon étude rencontré seulement une dramathérapeute qui occupe un emploi à temps plein dans une Clinique des Addictions. La flexibilité de l'emploi, en particulier pour les projets Culture et Santé (soutenu pour un maximum de trois années), s'explique par l'organisation des ateliers par projets et par la substituabilité d'un artiste à un autre. Aussi, la politique publique s'attache à ne pas spécialiser des artistes dans ce secteur particulier. Elle demande aux artistes de ne pas devenir des animateurs. Pierre Michel Menger a proposé, dans son ouvrage *Le travail créateur. S'accomplir dans l'incertain*, la notion d'incertitude.

L'incertitude quant au résultat pousse à demander de qui dépend la réussite de l'activité. La réponse est toujours énoncée en quatre points : la réussite dépend de l'artiste lui-même ; elle dépend de l'environnement de son activité et des conditions (matérielles, juridiques, politiques) dans lesquelles son travail est entrepris ; elle dépend de la qualité de l'équipe qui s'affaire dans le projet échafaudé pour créer une œuvre ou un spectacle ; elle dépend de l'évaluation de ceux, pairs, professionnels, consommateurs profanes, qui reçoivent l'œuvre achevée³¹¹.

Il s'intéresse au travail purement artistique sans distinguer celui-ci par le lieu institutionnel où il se déroule. Cependant il est intéressant de rapprocher ici ce secteur de l'activité artistique qui s'inscrit dans un milieu de soins. En plus de l'incertitude de l'activité artistique en soi s'ajoute ici l'incertitude du domaine de la santé mentale. La présence ou non des patients dans l'atelier et l'acceptation par l'équipe soignante d'une action culturelle sont autant d'éléments fluctuants d'un projet à l'autre dans la mise en place d'un atelier théâtre. Cette variable est à prendre en compte dans l'étude sociologique. Incertaine, l'activité n'est pourtant pas chaotique : si elle était totalement imprévisible, elle serait inorganisable et inévaluable.

Enfin, je n'ai pas rencontré de projet où des patients ou anciens patients sont employés pour mener des ateliers. le groupe d'entraide mutuelle (GEM) de St-Denis a vu l'une des participantes animer ensuite l'atelier théâtre, c'est un cas unique à ma connaissance. C'est là pour moi une curiosité car la réhabilitation et l'empowerment sont aujourd'hui très valorisés

³¹¹ P. Menger, *Le Travail créateur. S'accomplir dans l'incertain*, op. cit.

notamment autour des patients experts. Ce type d'emploi peut se retrouver dans des secteurs protégés prenant en charge des personnes handicapées (Compagnie de l'Oiseau Mouche à Roubaix ou La Bulle Bleue à Montpellier) ou en réinsertion (Théâtre du Fil). Dans plusieurs projets la question de la rémunération des patients dans le cadre de restitution ou de production de spectacle se pose. Aussi, avec le développement des concepts de rétablissement et d'empowerment, les ateliers théâtre doivent pouvoir ouvrir des perspectives d'emploi pour les patients qui participent à ce type de projet. Est-il alors possible d'associer le patient et l'intervenant dans l'organisation de l'atelier ? La formation et la professionnalisation du responsable sont deux conditions indispensables à son exercice car l'intervention en psychiatrie ne s'improvise pas, son insertion dans l'institution médicale est primordiale. Peuvent-elles être partagées avec des patients ?

Origines professionnelles

Des itinéraires liés à l'objectifs de l'atelier

La volonté de diriger un atelier théâtre dans un service de psychiatrie émane de plusieurs ambitions professionnelles et itinéraires artistiques. Sur les 19 intervenants que nous avons interrogés (12 sont des femmes et 7 sont des hommes avec des âges divers, de 30 à 55 ans), tous nous ont indiqué une prise en compte primordiale de l'humain dans leurs professions, qu'ils soient artistes ou thérapeutes. Cette détermination dans la considération de l'autre est un élément fort pour l'ensemble des intervenants. Ils restent attentifs au bien-être des patients et bienveillants dans la conduite de l'activité théâtrale. La motivation première est donc l'autre, ici le public spécifique de la psychiatrie : « Généralement les artistes qui souhaitent travailler en psychiatrie ont au minimum un intérêt pour ce type de public sans pour autant être spécialistes dans ce domaine³¹². »

Une autre caractéristique commune est la proximité du lieu d'exercice. C'est une motivation plus pragmatique et économique. Ils interviennent à moins de 30 km de leur domicile. Ceci est une particularité dans le cadre du métier de comédien professionnel (statut de la majorité des interviewés) qui est le plus souvent obligé de se déplacer pour faire tourner son spectacle. La place de l'atelier dans l'itinéraire artistique est donc singulière, l'ensemble des personnes rencontrées ont une bonne expérience de la médiation culturelle et sont sensibles au théâtre appliqué.

Au fur et à mesure de mes rencontres, j'ai pu distinguer trois types particuliers de responsables. Le responsable est soit un comédien (amateur ou professionnel) ayant une formation médicale, soit un comédien professionnel souhaitant développer des ateliers de médiation culturelle ou ayant une pratique de théâtre à vocation « sociale », soit un comédien connaissant des soignants et ayant été le plus souvent sollicité par ces derniers pour diriger un atelier dans leurs structures. Cette typologie de parcours individuel rapide ne suffit évidemment pas à entrer dans le détail de ce qui mène à diriger cette activité.

³¹² MME SIMON, « Entretien du 1 juillet 2019 ».

Placer les gens sous un type est une manière de rendre compte de la régularité de leurs actes ; placer les situations et les ensembles d'activités sous des types en est une autre, bien différente. En se concentrant sur les activités plutôt que sur les gens, on se force à s'intéresser au changement plutôt qu'à la stabilité, à la notion de processus plutôt qu'à celle de structure. On voit le changement comme une condition naturelle de la vie sociale, de sorte que le problème scientifique qui se pose ne consiste plus à essayer de rendre compte du changement ou de l'absence de changement mais de la direction qu'il prend, en considérant comme exceptionnels les cas où les choses demeurent effectivement comme elles sont pendant un certain temps³¹³.

Becker nous incite ici à nous intéresser davantage aux activités plutôt qu'aux individus. Le changement entre une vie professionnelle qui se faisait hors du secteur médical, puis le choix de s'inscrire dans celui-ci a lieu dans le cadre d'une évolution professionnelle. Les reconversions et la pluriactivité dans les itinéraires professionnels liées à l'activité théâtrale inscrite dans une structure de soins psychiatrique sont donc à scruter attentivement. Quels itinéraires les intervenants ont-ils empruntés ? Comment considèrent-ils leurs activités ?

Tout d'abord, l'intérêt pour les questions autour de la santé mentale est présent. Ainsi une intervenante indique que son enfance a eu une influence sur le choix de sa carrière. « J'ai grandi dans un hôpital psychiatrique parce que mon père était directeur financier. Donc j'ai vécu dans un hôpital psychiatrique³¹⁴. » Cette sensibilisation et socialisation dès le plus jeune âge a pour elle joué un rôle de catalyseur dans son orientation. « Je me suis beaucoup intéressée aux questions de santé mentale. Je suis convaincue que la pratique artistique est bénéfique pour tous, qu'on soit malade ou pas³¹⁵. » Cette conviction de l'intérêt de la culture et de la pratique du théâtre dans le cadre de la prise en charge en psychiatrie est également partagée par tous. C'est l'une des raisons pour laquelle ils sont employés.

Ensuite, ce qui peut être ici intéressant de signaler est l'intérêt particulier que certains intervenants portent à cet aspect bénéfique du théâtre. La thérapie a été citée par plusieurs interviewés et, à chaque fois, ces personnes se sont renseignées sur le sujet, ont lu, se sont formées. Leur place par rapport à la pratique soignante les interroge. C'est par exemple le cas de ce comédien affirmant qu'« il y a des choses qui s'approchent du psychodrame qui pourraient être explorées mais qui ne le sont pas. J'ai fait moi-même du psychodrame. Il y a

³¹³ H.S. Becker, *Les ficelles du métier*, op. cit.

³¹⁴ MME DURAND, « Entretien du 14 juin 2018 ».

³¹⁵ *Ibid.*

des phénomènes autour de l'inconscient collectif³¹⁶. » Sa place est donc loin de la thérapie mais il se positionne par rapport à elle. Là encore il faut distinguer les multiples pratiques. Des intervenants se considèrent clairement comme des soignants et le revendiquent. C'est le cas des dramathérapeutes ou des artistes ayant une formation médicale.

Enfin, le côté thérapeutique se retrouve beaucoup moins chez les personnes bénéficiant du dispositif Culture et Santé. Bien que pour certains cet aspect ne peut pas être écarté, « je suis convaincu que l'activité théâtre participe aux soins des patients en psychiatrie³¹⁷. » La volonté première est bien de démocratiser la pratique artistique, de revendiquer le droit des patients à avoir accès à la culture. Ce même intervenant signale son rôle actif dans le militantisme autour des droits culturels en rapport avec la déclaration de Fribourg. D'autres intervenants se retrouvent autour de cet engagement en particulier autour de l'association Réseau Culturel 21. C'est là un réel leitmotiv pour expliquer leur arrivée dans cet univers particulier de la psychiatrie. Cette volonté de respect des droits culturels est également prônée par les textes du dispositif Culture et Santé.

Les raisons d'entrer dans ce milieu de la psychiatrie sont donc diverses. Certains connaissent des concepts de la psychologie et de la psychiatrie. Peu d'entre eux sont formés spécifiquement pour appliquer le théâtre aux soins psychiatriques. Pourtant de nombreuses formations se sont développées ces dernières années. A travers les descriptifs des formations, je vais maintenant analyser les grandes notions qui se retrouvent dans ce type de formation et montrer comment elles peuvent devenir obligatoires, particulièrement dans le cadre de la responsabilité d'un atelier de psychodrame ou de dramathérapie.

Des formations plurielles amènent à animer un atelier

Des certifications multiples

La description des formations donne les grandes lignes communes aux professions de responsables et d'intervenants. Avec des dénominations différentes, le descriptif et les objectifs

³¹⁶ MR GOIGOUX, « Entretien du 17 septembre 2018 ».

³¹⁷ *Ibid.*

de ces enseignements peuvent parfois se regrouper. Comment dès lors se forme-t-on pour mener un atelier de pratique théâtrale en psychiatrie ?

La liste des formations permettant de tenir un atelier ne peut pas être exhaustive. Effectivement, de multiples trajectoires mènent à cette carrière. Des certifications reconnues par l'Etat ont cependant vu le jour récemment et donnent une légitimité plus grande à son détenteur. Elles sont au nombre de quatre : Comédien(ne) - clown en établissements de soins (RNCP23649), Acteur-clown d'intervention sociale (RNCP30360) et médiateur artistique en relation d'aide (RNCP28183 et RNCP28150). Aucune certification n'est référencée au RNCP (Répertoire National des Certifications Professionnelles) pour le psychodrame, la dramathérapie ou l'animation en milieu de soins. Il est évident qu'au-delà de ces certifications les voies d'accès à ce type d'emploi restent ouvertes à d'autres types de diplômes.

Formations en dramathérapie

Les formations en dramathérapie connaissent une croissance importante ces dernières années³¹⁸. Cette discipline récente suit le développement de l'art thérapie en particulier dans la reconnaissance de la profession. Aujourd'hui de multiples organismes privés forment à la dramathérapie et quelques formations universitaires ont également ouvert (DU et Master). La FFAT (Fédérations Françaises des Art-thérapeutes) et l'AND (Association Nationale de Dramathérapie) jouent un rôle central dans le développement et la reconnaissance de ces formations. La FFAT a ainsi établi des critères de qualité d'une formation d'art thérapeute s'appliquant également aux formations en dramathérapie. Cette fédération accrédite également les professionnels du secteur et a rédigé un code de déontologie. L'AND reprend ces modèles (accréditation et code de déontologie) pour les appliquer spécifiquement à la dramathérapie. Nous verrons comment ces initiatives entrent dans une quête de reconnaissance professionnelle.

On compte actuellement douze organismes de formation privés répartis sur l'ensemble du territoire. Quatre se situent à Paris, l'INECAT (Institut National d'Expression, de Création, d'Art et Thérapie), la SFPEAT (Société Française de Psychopathologie de l'Expression et d'Art-thérapie), le Centre d'Étude de l'Expression et Profac. Ce dernier a également des centres de formation à Arles, Toulon et Lyon. On trouve aussi dans la région lyonnaise Schème et l'Infipp.

³¹⁸ MME POMMIER, « Entretien du 9 septembre 2020 ».

Les autres organismes sont Puzzle à Lambersart, l'IRFAT (Institut de Recherche et de Formation en Art-Thérapie) à Avignon, le MAT (Mouvement des Arts Thérapeutes) à Mezière, l'AFRATAPEM (Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine) à Saint Cyr-sur-Loire, L'atelier Art Cru à Bordeaux et Psyartformation à Châlon-sur-Saône. Ils proposent tous un module ou une partie de formation spécialisée dans la dramathérapie. En ce qui concerne l'enseignement universitaire, un master et cinq diplômes universitaires forment aux techniques de la dramathérapie. Il s'agit du master création artistique parcours dramathérapie de l'université Paris V Sorbonne. Il est le seul diplôme national de niveau 7 en art-thérapie. Il permet de poursuivre en doctorat pour réaliser une thèse d'art-thérapie. Les DU Art Thérapie ayant un module dramathérapie se déroulent dans les Universités de Toulouse 2, Paris Diderot, Grenoble Alpes, Tours et Lille.

L'offre de formation en dramathérapie est donc développée sur la majeure partie du territoire. Cette démultiplication et la répartition géographique sont des atouts pour la diffusion de cette discipline. Ces formations s'adressent autant aux mondes de l'art qu'aux professionnels du soin. Une fois obtenues, elles permettent d'intégrer les équipes paramédicales des structures de soins psychiatriques. Les établissements emploient alors les dramathérapeutes en vue de participer activement à la prise en charge des patients. Le contenu des formations se place à la croisée de la pratique théâtrale, du psychodrame et du développement des expressions corporelles et vocales. Les stages sont obligatoires pour avoir une expérience du terrain. Un intervenant me révélait ainsi : « J'ai souvent des stagiaires de l'INECAT qui forme à l'art thérapie³¹⁹. » Une connaissance et une expérience du jeu d'acteur sont, dans toutes les formations, vivement conseillées. Plus que cela, elles sont parfois une condition sine qua non pour être acceptées au sein de la structure de formation. C'est le cas pour l'INECAT en dramathérapie tout comme pour l'école de clown médecin proposée par le Rire médecin : il faut déjà être clown professionnel.

Formations liées à la médiation thérapeutique

Les formations aux médiations expressives et artistiques sont accessibles aux personnels soignants comme aux artistes et animateurs. Depuis quelques années elles tendent à se développer. On trouve ainsi aujourd'hui une licence professionnelle d'encadrement d'atelier de

³¹⁹ MR GOIGOUX, « Entretien du 17 septembre 2018 ».

pratique théâtrale à l'Université Paris 3. Elle forme les intervenants des milieux scolaires, associatifs ou sur le terrain social (hôpitaux, prisons). La certification de « Médiateur artistique en relation d'aide » obtenue grâce à ce diplôme est enregistrée au RNCP depuis 2017. ARTEC (Académie de Recherche en Techniques Educatives Corporelles) et l'INECAT (Institut National d'Expression, de Création, d'Art et Thérapie) forment également à ce titre. Dans le cadre de la formation ARTEC, un module « Contes et jeu théâtral » porte sur la mise en scène du conte pour animer une représentation collective du conte et ainsi favoriser l'émergence du processus de création comme outil de transformation. Pour la formation INECAT, un cursus à dominante théâtre est proposé.

D'autres centres de formation abordent également la médiation théâtrale en milieu de soins et en particulier en psychiatrie. Ils n'offrent pas un titre certifié au RNCP mais délivrent leurs propres certificats. C'est le cas de l'association *Asphodèle Atelier du pré* qui organise des formations d'animateur-thérapeute d'ateliers à médiations expressives. L'objectif est de former à l'animation des ateliers d'expression dans la thérapie, le soin et la dynamisation sociale, avec une grille de lecture d'inspiration psychanalytique. Une autre association, *Mot de passe* fondée en 1993, organise une formation « Jeu théâtral, jeu de rôle et psychodrame » avec là aussi une orientation psychanalytique pour analyser les pratiques inhérentes à ce type d'atelier. Enfin l'association *Itinéraire Singulier*, créée en 2000, propose une formation « Animer et mettre en place un atelier d'expression ».

Les interventions dans le champ sanitaire font de plus en plus partie de la pratique professionnelle du comédien. Elles lui permettent de diversifier sa pratique et de toucher de nouveaux publics. Ainsi, les professionnels du théâtre s'impliquent dans le milieu hospitalier. Il s'agit d'une facette du métier qui prend une place de plus en plus importante dans le marché du travail contemporain des comédiens. Cette dimension du métier s'adapte à un milieu. Elle ne constitue toutefois pas une nouvelle profession même si la spécialisation qui est née des expériences de terrain tend à créer des exigences et des qualités qui constituent une qualification propre au secteur d'activité.

Formations en psychodrame

Les formations de psychodrame sur notre territoire se regroupent en deux grands types de formation : celles issues directement du psychodrame morénien et celles issues du

psychodrame psychanalytique nées en France dans les années 1940. Celles-ci résultent de la rencontre de la psychanalyse et du psychodrame morénien.

Les formations au psychodrame morénien ont été initiées en France par les élèves de Moréno en particulier Anne Ancelin Schützenberger. Elles sont indispensables pour maîtriser la technique particulière qui veut qu'une personne joue à la manière d'un jeu théâtral des aspects de sa vie intérieure, présente ou passée (situation difficile du présent, conflit interne, situation du passé...) pour se donner les moyens d'un changement. Comment les techniques sont-elles abordées par les différents organismes de formation et quels sont les contenus de ces derniers ?

L'organisme de formation le plus important est l'Ecole Française de Psychodrame. Association loi 1901 créée en 1989 par Anne Ancelin Schützenberger, il propose des séminaires de formation animés par des formateurs agréés, et la certification de psychodramatistes. L'association est adhérente de la Federation European Psychodrama Training Organisation (FEPTO). Les formations sont dispensées dans les villes de Paris, Grenoble et Voulle. Cette formation offre trois niveaux de qualification : formation au jeu de rôle et initiation au psychodrame, formation à la direction de psychodrame et certification. Chaque phase regroupe des apports théoriques et méthodologiques, des exercices pratiques, des séquences de psychodrame à partir de situations professionnelles et personnelles et une analyse pédagogique des séquences de psychodrame. Cette formation permet de devenir psychodramatiste, avec une certification reconnue par la FEPTO.

D'autres institutions, plus centrées sur l'enseignement du psychodrame analytique, offrent des formations proches dans le contenu. L'Institut Français d'Analyse de Groupe et de Psychodrame (anciennement Groupe Français d'Etudes de Sociométrie) a été fondé en 1958. Les formations sont dispensées dans les villes de Paris, Lyon et Bordeaux et s'adressent aux professionnels soignants ayant déjà eu une formation de base aux groupes thérapeutiques par l'analyse de groupe. Cette formation de psychodramatiste comporte des apports théorico-cliniques associés à une supervision et ouvre la possibilité de conduire des groupes de psychodrame en institution. L'E.T.A.P (Etude et Traitement Analytique par le psychodrame) date de 1984 et s'est créé au sein de la Société Parisienne d'aide à la Santé Mentale (SPASM) grâce à Nadine Amar, Gérard Bayle et Isaac Salem, tous trois psychanalystes à la Société Psychanalytique de Paris (SPP). Cet organisme propose une formation en trois ans. La formation se déroule à Paris et s'adresse aux professionnels soignants ou éducatifs suffisamment avancés dans une analyse personnelle et exerçant une fonction thérapeutique. Elle

poursuit trois objectifs : mettre en place des psychodrames individuels et en groupe ; proposer une formation au psychodrame analytique ; promouvoir une recherche en organisant colloques et conférences.

Toujours dans le cadre de la formation psychanalytique, le C.I.R.P.P.A (Centre d'Information et de Recherche en Psychologie et Psychanalyse appliquées aux groupes) créé en 1991 trouve son origine dans les activités de formation et de perfectionnement auprès des différents thérapeutes d'enfants. La formation aux psychothérapies de groupe et psychodrame d'enfants s'adresse aux médecins, psychiatres, psychologues et psychanalystes ayant la pratique de la psychothérapie d'enfants et est soumise à un entretien d'orientation. Elle se déroule, à Paris, sur 3 ans. Cette formation permet aux participants d'expérimenter et d'élaborer en groupe les mécanismes psychiques mis en jeu dans différents types de dispositifs groupaux : petits groupes, grands groupes, groupes fermés, groupes ouverts.

Enfin, l'université catholique de Lyon et son département de psychologie proposent une formation au psychodrame psychanalytique de groupe. Cette formation s'adresse aux psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, formateurs et toutes personnes désireuses d'approfondir les enjeux psychiques dans les groupes et les institutions.

Le principe commun de ces types de formation est de permettre d'acquérir une meilleure connaissance du propre fonctionnement psychique de l'intervenant et de celui du groupe par l'expérimentation. Dans une perspective de formation, il est proposé une démarche personnelle propre à intégrer les techniques de l'analyse de groupe et du psychodrame. Diriger un jeu psychodramatique, tenir une place d'ego auxiliaire, intervenir dans un jeu comme double tout en ayant présent à l'esprit la dynamique groupale dans laquelle le thème du jeu a émergé, nécessite en effet à la fois des connaissances techniques et une disposition d'esprit propre à l'analyse. Pour tous les cursus mentionnés, j'ai pu constater un manque d'homogénéité en termes de durée de formation, de contenu formalisé et d'exigence pour la pratique de cette méthode thérapeutique. Il se pose donc la question de la légitimité de ces diplômes ne rentrant pas dans le cadre institutionnel de formation de type DPC (Développement Professionnel Continu) ayant des formations « labellisées », ni dans le cadre de diplôme universitaire. Globalement les différentes associations paraissent en recherche de cette légitimité d'où les exigences parfois plus formalisées au sein de la formation, et les reconnaissances par d'autres instances de formation type société européenne.

Formations de santé en lien avec ce type de pratique

Les personnels soignants sont souvent les initiateurs, les organisateurs et les animateurs de ces ateliers. Dans le cadre de l'enquête que j'ai menée dans la région parisienne en interrogeant directement les établissements psychiatriques, je me suis rendu compte de l'importance des responsables d'atelier occupant un emploi de soignant. Les personnels paramédicaux, qu'ils soient infirmier, aide-soignant, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute ou éducateur, dirigent majoritairement les ateliers théâtre.

Les infirmiers en psychiatrie sont les premiers à organiser, animer ou participer aux ateliers. Dans le cadre de leurs formations ils ne se forment pas spécifiquement à l'animation d'atelier mais peuvent dans leurs cursus et leurs stages s'orienter vers les établissements psychiatriques qui relèvent de la psychothérapie institutionnelle (où les ateliers sont le plus développés) ou dans des établissements labellisés Culture et Santé. Se former à la Clinique de la Borde où le théâtre est très présent est très différent que de se former dans un établissement peu enclin à une ouverture aux pratiques artistiques.

Les psychologues utilisent également le théâtre à des fins thérapeutiques. On trouve de nombreux psychologues dans les disciplines de la dramathérapie ou du psychodrame. Ils ont, dans leurs formations, des enseignements qui abordent l'utilisation des pratiques artistiques dans le soin.

Les formations de psychomotricien, ergothérapeute ou éducateur abordent peu ces thématiques bien que ce type de professionnel puisse diriger des ateliers. Les personnels médicaux, principalement des psychiatres ou pédopsychiatres, mènent uniquement des ateliers de psychodrame.

Enfin, lorsqu'un intervenant extérieur anime l'atelier, les soignants peuvent venir en soutien. Ils suivent les patients dans le cadre de leur prise en charge et peuvent venir en complément d'un intervenant extérieur. Ils jouent avec les patients, partagent l'expérience artistique. Des référents culturels peuvent même parfois être choisis par l'institution pour relayer la volonté culturelle de l'établissement. Ces référents sont souvent amateurs d'art et peuvent accomplir une partie de leur service de soignant dans le cadre de cette pratique artistique. Les formations des équipes médicales et paramédicales se centrent principalement sur la dramathérapie et le psychodrame.

Formations pour les comédiens professionnels

Trois formations sont référencées par l'AFDAS (Assurance Formation Des Activités du Spectacle) et accessibles aux comédiens professionnels autour de l'intervention théâtre en milieu de soins. Il s'agit de la formation « Clown relationnel en milieu de soin » dispensée par Arclown, d'une formation de la fabrique Jaspir toujours autour du clown thérapeutique et d'une formation d'Héméra spécialisée dans le théâtre en milieu de soins. L'AFDAS référence donc peu de formations spécialisées pour conduire un atelier de théâtre en milieu de soins, encore moins spécifiquement en psychiatrie. Le clown est fortement représenté et la profession de clown thérapeute, comme nous l'avons vu ci-dessus, est référencé au RNCP. Le Rire Médecin et Bataclown, également centre de formation au clown thérapeutique, ont longuement milité pour cette reconnaissance et ces organismes s'appuient sur des formations longues et qualifiantes pour appuyer leur reconnaissance. Les formations qualifiantes sont donc essentiellement centrées sur le clown pour les comédiens professionnels désireux d'investir le champ du sanitaire.

Les organismes régionaux responsables du dispositif interministériel Culture et Santé proposent quant à eux pour les artistes professionnels des formations courtes pour présenter le dispositif Culture Santé. Ces formations d'information et de soutien pour le montage des projets se déroulent sur une journée et sont proposées par Itinéraires Singuliers, responsable du dispositif pour la région Bourgogne Franche Comté et par Interstices pour la région Auvergne Rhône Alpes. Ces deux organismes sont anciens dans le cadre du dispositif Culture et Santé et toutes les régions françaises ne disposent pas encore de tels organismes. L'avantage de ces formations est d'aiguiller les professionnels vers les interlocuteurs privilégiés et elles aident au développement de partenariat entre le secteur culturel et le secteur sanitaire. Un répertoire d'intervenants spécialisés serait toutefois utile pour aider à ce que les établissements désireux d'embaucher une personne puissent le faire. Ces deux secteurs tendent aujourd'hui à trouver des modes d'organisation qui conviennent à l'ensemble des acteurs³²⁰. Ces formations sensibilisent les intervenants qui parfois ne connaissent pas le milieu du soin, ce qui peut parfois poser problème dans la relation avec les équipes soignantes ou avec les patients. Les intervenants présentent le dispositif Culture et Santé et les bonnes pratiques en particulier dans la considération des patients. Des exemples de projet illustrent les propos des intervenants. La

³²⁰ F. Liot et S. Montero, « Les projets artistiques et culturels dans les établissements de santé », art cit.

plupart des comédiens que j'ai rencontrés ne se sont pas formés spécifiquement. L'aspect artistique prévaut toujours dans le cadre du dispositif Culture Santé et aucune exigence n'est posée quant à la formation des artistes dans la sélection des dossiers soutenus pour les DRAC et ARS.

Formations d'enseignement au théâtre

Les enseignants en art dramatique ont une formation potentielle pour animer des ateliers dans les cliniques ou hôpitaux psychiatriques. Ayant suivi une formation qualifiante (Diplôme d'état de professeur de théâtre) pour enseigner le théâtre ils peuvent facilement se voir confier la responsabilité d'un atelier. La pédagogie d'un atelier est cependant différente des conditions dans le cadre scolaire ou de conservatoire par exemple. Il faut adapter les conditions de déroulement de l'atelier avec des patients qui peuvent avoir des difficultés dans la concentration, la relation et ont des problèmes de santé handicapants. Les conditions sont ici particulières et les personnes que j'ai interrogées ont toutes adapté leurs compétences et techniques professionnelles à l'univers psychiatrique. Nous reviendrons plus loin sur ces adaptations dans le chapitre 9, sur cette autodidactie.

Formations d'animateur socioculturel menant à ce type d'atelier

Le secteur de l'animation peut également organiser et assurer l'animation des ateliers. Les animateurs ayant une pratique théâtrale à l'extérieur peuvent proposer un atelier dans le cadre de leurs services. Dans la fonction publique hospitalière, le rôle des animateurs est défini par le décret n°2014-102 du 4 février 2014. Ce texte précise que ceux-ci « sont responsables de l'animation au sein de l'établissement. A ce titre, ils assurent le choix des activités adaptées aux personnes accueillies et participent à leur mise en œuvre. Dans le domaine de leur compétence, ils ont un rôle de conseiller technique et de soutien auprès du personnel de l'établissement et agissent en concertation avec les équipes sociales, éducatives et soignantes. Selon leur formation, ils exercent plus particulièrement leurs fonctions en qualité d'animateur socioculturel ou d'animateur sportif. » De plus en psychiatrie l'animateur socio-culturel a pour vocation d'élaborer et de piloter des activités d'animation favorisant la réhabilitation psycho sociale, les processus d'inclusion sociale des personnes dans la cité. L'accès à l'emploi d'animateur à l'hôpital se fait à la suite d'une formation d'animation généraliste. Les animateurs hospitaliers sont recrutés par concours ouvert pour l'emploi d'animateur socioculturel aux

titulaires du diplôme d'Etat aux fonctions d'animateur (DEFA), du brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS), spécialité animation sociale, ou du brevet d'Etat d'animateur technicien de la jeunesse et de l'éducation populaire (BEATEP), spécialité activités sociales-vie locale.

Professionnalisation et reconnaissance diverses selon le type d'ateliers

La professionnalisation du secteur reste une volonté forte pour plusieurs catégories d'intervenants dont les conditions d'emploi et d'employabilité peuvent être difficiles et précaires (dramathérapeute, animateur ou comédien amateur). La demande est pourtant forte du côté de l'institution médicale pour développer ce type d'atelier car le nombre de patients n'a cessé de croître. Une échelle de valeur peut alors être mise en place par les institutions (structures de soins et administrations culturelles) ou les intervenants eux-mêmes pour distinguer les pratiques et leur rémunération. C'est le cas d'une structure de soins qui emploie une animatrice pour mener un atelier théâtre et ouvre ses portes à une intervention d'une comédienne professionnelle dans le cadre du dispositif Culture et Santé. Les pratiques et les rémunérations sont différentes. Ainsi, un comédien révèle qu'il souhaite voir le travail artistique plus valorisé que l'animation dans le cadre du dispositif Culture Santé : « J'ai effectué le premier dispositif de culture à l'hôpital en 2004-2005 puis ensuite j'ai travaillé à l'hôpital [...] depuis 2015-2016. Je n'utilise jamais le terme d'atelier dans ma pratique car je trouve qu'il y a une différence entre un intervenant artistique et un artiste. Le salaire ne doit pas être le même³²¹. » Le jugement permettant d'entrer dans la catégorie artiste est laissé à la DRAC et l'ARS dans le cadre du dispositif Culture et Santé. Le rôle que joue ici la DRAC est intéressant à détailler.

La valeur artistique du travail du comédien soutenu dans le cadre de financement public est scrutée pour donner un crédit à ce type d'intervention. Il faut que la personne produise des spectacles à l'extérieur, qu'elle soit reconnue par le réseau culturel professionnel. Aussi, un conseiller DRAC interrogé dans le cadre de ma recherche de Master me révélait que les artistes qui sollicitaient ce type de financement étaient des artistes qui ne réussissaient pas à joindre les

³²¹ MR GAUTHIER, « Entretien du 12 juin 2018 ».

deux bouts uniquement grâce à leurs productions artistiques. Mener des ateliers en psychiatrie peut être une source réelle de revenu. Nous verrons dans la partie sur le statut professionnel que la prise en compte de la conduite d'atelier dans un établissement de soins est à la limite du statut de l'intermittence. Elle entre dans les activités connexes prévues par la Convention Collective Nationale des Entreprises Artistiques et Culturelles (CCNEAC). Pour être comédien intervenant, il n'y a cependant aujourd'hui aucune contrainte de formation. Dans le cadre de comédien employé directement par l'établissement et n'entrant pas dans le cadre du dispositif Culture Santé la valeur artistique est peu interrogée. Il faut ici nuancer cette proposition car les personnes intervenantes ne sont évidemment pas seulement intéressées pécuniairement.

Le cas des clowns thérapeutes est très différent. Il est intéressant de l'aborder dans l'exemplarité d'une reconnaissance, tant d'une profession que du travail artistique. Imaginée par Le Rire Médecin, cette profession est identifiée : « on a fait reconnaître le métier de clown hospitalier par l'état³²². » Le clown d'intervention s'est construit au fil des années avec la volonté de professionnaliser ce métier. Aujourd'hui n'est pas clown à l'hôpital qui veut. « Il y a beaucoup d'exigences au Rire Médecin³²³. » Il faut suivre une formation rigoureuse et être accepté par ses pairs. « C'est un vrai métier, c'est construit très rigoureusement. Les clowns sont rémunérés et formés toute l'année. Ils ont une formation médicale et artistique³²⁴. » L'affirmation d'une formation complète et rigoureuse permet au Rire médecin d'être reconnu par les structures de soins et d'avoir une position de chef de file dans ce secteur. La formation donne aussi des gages de qualité aux financeurs de cet organisme qui fonctionne en grande partie grâce au mécénat et aux dons. D'autres structures se sont développées dans la lignée du Rire médecin, Bataclown en particulier. Cette compagnie propose de nombreux ateliers clown théâtre en psychiatrie. Peut-on déjà dire que le Rire Médecin a fait école ?

Les activités de psychodrame et de dramathérapie se développent également. Les commanditaires n'interrogent ici en aucun cas la valeur du travail artistique de l'intervenant. Une formation est obligatoire pour obtenir le titre de psychodramatiste qui n'est cependant pas reconnu officiellement. Cette exigence de formation n'est pas encore appliquée pour la dramathérapie en quête de reconnaissance. Il reste à œuvrer pour cette profession en vue d'une considération officielle du métier par l'Etat. Le titre de dramathérapeute pourra aider à se faire

³²² MME ARTHAUD, « Entretien du 4 juin 2018 ».

³²³ *Ibid.*

³²⁴ *Ibid.*

valoir en tant que professionnel auprès d'un employeur. Salaire, responsabilités et reconnaissance professionnelle restent donc, pour le moment, directement liés aux compétences du dramathérapeute mais aussi à sa capacité de dialogue avec l'employeur. Un rassemblement à l'échelle européenne de la Fédération Européenne de Dramathérapie (FED) a en 2018 regroupé environ deux cents personnes. Une nouvelle rencontre était prévue en 2020 avec pour ambition une reconnaissance par les politiques publiques européennes d'un statut de dramathérapeute. La dramathérapie se structure avec pour ambition de former et fonder un nouveau titre, une nouvelle profession. Au niveau européen, plusieurs pays ont déjà franchi le pas comme le Royaume Uni, la Suisse (diplôme fédéral) ou la Belgique.

Le groupe francophone de la FED et l'Association National de Dramathérapie (AND) sont adhérents à la FFAT (Fédération Française des Arts-Thérapeutes). Ces structures sont en cours d'élaboration d'un dossier de reconnaissance par l'Etat pour que le métier de dramathérapeute soit reconnu et existe réellement. Cette tâche est complexe et demande beaucoup de temps pour être complète et valide. La FFAT accrédite actuellement grâce à un numéro et après validation d'un dossier de candidature les arts thérapeutes en France. Cette reconnaissance n'a aucune valeur au niveau de l'Etat français et aucune distinction n'est faite pour la dramathérapie. Au niveau de l'AND, qui existe depuis 10 ans, un annuaire des dramathérapeutes en France est en cours de réalisation. Pour apparaître dans l'annuaire, il faut répondre à plusieurs critères. Le premier est d'adhérer à l'association, le deuxième est d'avoir une activité professionnelle liée à la dramathérapie, le troisième est d'avoir été formé à cette technique thérapeutique et le dernier est d'avoir des garants (professionnels du soin) qui attestent de l'activité réelle du candidat. Cette attestation de parrainage pose question à l'association dans la démarche de référencement qu'elle a lancée en 2020. Aucune vérification n'est effectuée par le bureau de l'association mais une charte éthique et un code déontologique doivent être respectés si la personne souhaite apparaître dans l'annuaire. Ces deux documents sont par ailleurs en lien avec les principes de la FFAT.

La construction de la profession liée d'une part à la hausse de demande des établissements de soins en santé mentale d'encadrement et d'occupation des patients et d'autre part à l'aspiration des professionnels à être mieux reconnus implique les partenaires associatifs et les dramathérapeutes occupant ce type d'emploi. Ce dernier impose aujourd'hui une multiactivité. Cela implique de pouvoir supporter le coût de cette multiactivité. Le turn over important est un fait que nous avons observé à la clinique où nous étions embauchés. En

dramathérapie, les intervenants changent souvent. Cela s'explique par le faible nombre d'heures allouées dans les structures de soins par intervenant (20 heures par mois environ) et les changements d'emploi du temps fréquents. Durant les trois années où j'ai travaillé dans un établissement, les emplois du temps évoluaient rapidement du fait de l'augmentation de la patientèle, de la présence effective des patients et de la réorganisation suite à une nouvelle embauche d'un intervenant. La flexibilité demandée est importante. Nous allons maintenant aborder la question du profil des intervenants.

Le profil de l'intervenant influe sur l'émergence du projet

Les différentes pratiques théâtrales s'inscrivant dans les structures de soins psychiatriques n'ont pas pour l'intervenant les mêmes modalités d'accès, les mêmes statuts professionnels et les mêmes conditions d'exercice. Les origines professionnelles sont multiples et contrastées. Par quels biais est-il alors arrivé ici ? Pourquoi propose-t-il un atelier en psychiatrie ? Comment dès lors le comédien ou l'intervenant réussit-il à s'insérer dans l'institution médicale ? Au cours de ma recherche j'ai distingué trois groupes d'origine variée, indépendamment de la pratique artistique ou thérapeutique proposées. Le premier est constitué des intervenants ayant une formation médicale, le deuxième des intervenants ayant une ou plusieurs connaissances dans le champ de la psychiatrie et enfin le troisième des intervenants pratiquant le théâtre à vocation sociale. Ces groupes sont perméables et un intervenant peut faire éventuellement partie de deux ou trois groupes.

Cette classification aide simplement à décrire les processus d'émergence des activités théâtrales et à aborder le rôle joué par le responsable de l'atelier dans ces apparitions. Est-il toujours à l'origine du projet ? Peut-il conduire un atelier dont l'idée a été développée directement par une structure de soins ? L'accueil des équipes soignantes peut varier et l'engouement de l'établissement n'est pas partout le même. L'intégration du responsable dans l'établissement de soins dépend donc de l'origine de son projet et également des connaissances personnelles ou professionnelles qu'il peut avoir dans le service dans lequel il va intervenir. L'origine de l'idée de création d'un atelier a une influence sur son déroulement et son acceptation. Si elle germe dans le service qui accueillera l'atelier, le personnel du service sera plus enclin à participer activement. Les intervenants ayant une formation médicale vont aussi avoir beaucoup plus de facilité à se faire accepter par les soignants qu'un artiste ne connaissant pas l'univers psychiatrique. L'origine de la mise en place d'un atelier est donc importante pour le responsable car elle va conditionner les futures relations entre les professionnels, l'intervenant et les patients.

Intervenant ayant une formation médicale ou paramédicale

Plusieurs cas de figure sont observables lorsque le projet émerge en raison d'un lien passé de l'intervenant avec le médical ou le paramédical.

Le premier est celui où les intervenants ont suivi une formation. J'ai rencontré plusieurs intervenants formés aux professions médicales ou paramédicales durant mon enquête. Il peut s'agir de formations de psychiatre, de psychologue, d'infirmier ou encore d'éducateur. C'est par exemple le cas de cet intervenant : « Juste avant de faire du théâtre, je voulais être moniteur éducateur. J'ai passé des concours qui ont fonctionné³²⁵. » A la suite de ce concours, il s'est formé au métier de moniteur éducateur qu'il a occupé plusieurs années avant de devenir comédien professionnel. Une autre comédienne interrogée est psychologue clinicienne en parallèle de sa carrière de comédienne. « J'ai fait des études psycho jusqu'à l'obtention de mon diplôme tout en continuant d'être comédienne. J'ai d'abord exercé comme psychologue tout en construisant mon réseau artistique. Quand je suis devenue comédienne j'ai cherché des projets autour du bien-être et des soins³²⁶. » Elle a ensuite fait le choix de se consacrer uniquement au métier de comédienne et à toujours conservé une pratique liée aux soins, en particulier dans les établissements de soins psychiatriques et dans le secteur carcéral.

Le deuxième, c'est la reconversion. Les intervenants ont travaillé dans le médical puis se sont reconvertis. Un intervenant s'est ainsi reconverti dans la profession de comédien, menant en partie des ateliers dans sa pratique professionnelle, après avoir été durant plus de vingt ans psychiatre, profession qui demande un cursus long.

Ces formations, qu'elles soient médicales ou paramédicales, aident les intervenants dans la définition de leurs projets de médiation qu'ils soient artistiques ou thérapeutiques. Elles les sensibilisent au rapport entre le soignant et le patient, les aident à se placer dans cette relation et enseignent des concepts essentiels dans les structures de soins psychiatriques. Ces intervenants ont également signalé la bonne entente avec les équipes soignantes puisqu'ils connaissent leur quotidien, leurs difficultés. Ils pouvaient échanger sur le travail thérapeutique et étaient même parfois consultés par les équipes pour connaître leurs avis sur tel ou tel patient.

³²⁵ MR DUPONT, « Entretien du 25 novembre 2017 ».

³²⁶ MME DUMONT, « Entretien du 28 juin 2019 ».

Le troisième cas de figure est celui du lien avec le médical comme patient. Deux autres intervenants entretenus ont un rapport particulier avec la formation médicale ou paramédicale. L'un a suivi une cure psychanalytique, ce qui lui a permis d'aborder les grandes notions et théories de la psychologie freudienne. L'autre a suivi des séances de psychodrame qui l'ont sensibilisée à la dynamique de groupe et au jeu théâtralisé. Ces deux intervenants expérimentés ont durant toute leur carrière entretenu avec le milieu du soin psychiatrique une relation qui a nourri leurs travaux artistiques.

Les intervenants ayant une formation médicale occupent le plus souvent un poste dans leurs domaines de formation au sein de la structure et organisent un atelier dans le cadre de leur temps de travail soignant. Cela est très vrai dans les services de psychiatrie car le soin en psychiatrie demande des supports de médiations thérapeutiques particuliers. La médiation théâtrale en est un. Une infirmière également comédienne amateur utilise ainsi le théâtre dans sa pratique thérapeutique. Elle a créé un atelier : « Le statut de comédienne amateur m'aide beaucoup, je ne l'aurais pas fait sinon. Je ne me sens pas du tout légitime car je ne suis pas formée. Je m'inscris donc dans le soin et dans le respect de l'autre³²⁷. » Son cas est intéressant à développer car, à la suite de la conduite de son atelier durant deux années au sein d'un CHS, une intervention d'un comédien professionnel a été commanditée par la DRAC et l'ARS, grâce au dispositif Culture Santé. Cela semblait pourtant mal parti, car elle m'indiquait dans son entretien qu'il était difficile de développer des projets avec des artistes professionnels :

On pourrait être associé à des artistes. La pièce que nous sommes allés voir, il y avait la médiatrice culturelle du théâtre qui proposait un temps d'échange. Sauf que c'est impossible. J'ai demandé à mon chef et le temps de faire les démarches pour faire intervenir un artiste, c'est très compliqué. Il faudrait le préparer plus en amont. En revanche c'est un début de partenariat avec la Cour des Trois Coquins. Je suis devenue un peu référente théâtre d'autant que ça manque pas mal dans ce service des soins de support³²⁸.

Le développement d'un atelier théâtre a permis à cette infirmière de développer ce qu'elle souhaitait : élargir l'échelle de son atelier et obtenir une formation spécifique dans la conduite d'un atelier théâtre. Son implication a été le moteur pour le développement de l'activité théâtrale dans son service. Ce cas de figure se retrouve dans de nombreux établissements où les soignants s'engagent pour ouvrir leurs structures sur l'extérieur en

³²⁷ MME VOCANSON, « Entretien du 6 avril 2018 ».

³²⁸ *Ibid.*

particulier en faisant entrer des comédiens. Un réseau professionnel, amical ou familial dans une structure de soins psychiatriques facilite donc la mise en place d'un atelier pour un intervenant, qu'il soit comédien, dramathérapeute, animateur ou psychodramatiste.

Intervenant ayant une ou plusieurs connaissances dans le champ de la psychiatrie

L'étude de Mark Granovetter, « Getting a job, a study of contacts and careers » a montré dès les années 1970 que le réseau mobilisable par une personne dans la situation d'embauche est primordial pour trouver un emploi. Le soutien d'un ou des proches renforce le degré d'employabilité et le réseau social peut faciliter l'accès à l'information de la création ou de la vacance d'un poste. Il renseigne par exemple sur la disponibilité d'un emploi d'intervenant ou la volonté d'une structure d'en créer un. L'établissement de santé peut donc privilégier le « réseau » dans le cadre d'un recrutement mais il peut passer également par des appels à candidature (Culture et Santé en particulier) ou des candidatures spontanées.

Cette distinction entre les types de recrutement issue des travaux de Christian Bessy et Emmanuelle Marchal³²⁹ permet de restituer les canaux de recrutement. Nous allons voir que pour les types d'emplois liant théâtre et soins psychiatriques le réseau social des intervenants peut se trouver souvent à l'origine de la relation contractuelle. Grâce à leurs réseaux de connaissances, qu'elles soient amicales, familiales ou professionnelles, il est possible pour des intervenants en devenir ou qui souhaitent étendre leur activité d'avoir un accès privilégié aux responsables des structures de soins psychiatriques désireux d'embaucher un responsable d'atelier. Ainsi, ils peuvent avoir un ou des contacts à l'intérieur du service pour proposer une intervention artistique ou créer un atelier théâtre de médiation thérapeutique. Ces connexions, avec des personnels soignants ou administratifs du secteur hospitalier, peuvent s'ajouter à la formation médicale de l'intervenant qui accroît encore ses chances d'intervenir en milieu de soins.

Pour les personnes interrogées au cours des entretiens, ce cas de figure se retrouve dans l'élaboration et la mise en place de plusieurs ateliers. Le réseau de connaissances dans le milieu

³²⁹ BESSY Christian et MARCHAL Emmanuelle, « Le rôle des réseaux et du marché dans les recrutements », in *Revue Française de Socio-Economie*, n° 1, n° 3, 7 avril 2009, p. 121-146.

médical ou paramédical est ici de plusieurs ordres. On trouve des situations où l'amitié est à l'origine de la construction d'un projet de collaboration entre une structure de soins et une compagnie théâtrale : « Au départ, l'un des psychologues de l'HDJ était ami avec le directeur de la compagnie qui avait une formation d'éducateur spécialisé³³⁰. » Cette collaboration a permis la création d'un atelier qui dure depuis plus de vingt ans. Le directeur de la compagnie, également comédien, a, depuis une dizaine d'années, passé le relais à un autre membre de sa compagnie, lui aussi sensibilisé au théâtre thérapeutique. Dans d'autres cas, le premier contact est strictement professionnel : « Une de mes anciennes élèves qui était devenue psychologue m'a sollicité pour monter un atelier à l'hôpital³³¹. » Le rôle de ces intermédiaires est multiple et d'autres travaux d'Emmanuelle Marchal cette fois en association avec Marie-Christine Bureau³³² tendent à montrer que des évaluations préalables d'employabilité sont mises en place par les intermédiaires pour sélectionner les bons candidats. Ainsi un intermédiaire pourra envisager une mise en relation avec un potentiel recruteur s'il juge que le candidat qu'il connaît a les bonnes qualités pour occuper le poste. C'est en même temps une sorte de parrainage par celui qui introduit le nouveau venu. Il est le garant du professionnalisme de l'intervenant et de la qualité de son activité. L'employé ainsi recruté, quant à lui, est lié par le parrainage qui lui a été accordé. Il se doit de réaliser des ateliers intéressants pour les patients pour ne pas impacter son garant dans la relation qu'il entretient avec les autres professionnels de l'établissement. On peut considérer que nous sommes dans une situation de cooptation. L'échange social, qui se déroule ici autour de la communication d'une embauche dans le cadre d'un atelier, et le fait d'avoir donné et reçu l'information, inscrivent le donateur et le donataire dans une relation de réciprocité. Cette relation est encore plus importante lorsque le donateur est intervenu directement dans l'embauche en particulier grâce à son soutien.

Les itinéraires sont divers et les relations qui ouvrent les portes de l'institution peuvent se situer à tous les étages de la hiérarchie. Il est cependant notable qu'une connexion avec le chef de service permet une facilité d'accès à l'élaboration, au déroulement et au financement de l'atelier. La prise de contact avec le chef de service d'une structure de soins est évidemment facilitée lorsque l'on connaît personnellement ce dirigeant : « Sarah m'a contacté par des réseaux personnels en me disant qu'elle était intéressée pour travailler avec des personnes qui

³³⁰ MR GOIGOUX, « Entretien du 17 septembre 2018 ».

³³¹ MR DUPONT, « Entretien du 25 novembre 2017 ».

³³² MARCHAL Emmanuelle et BUREAU Marie-Christine, « Incertitudes et médiations au cœur du marché du travail », in *Revue française de sociologie*, n° 3, Vol. 50, 16 septembre 2009, p. 573-598.

sont en psychiatrie³³³. » De plus dans le cas du soutien du médecin psychiatre, l'atelier se justifie pleinement dans le service et les autres membres de l'équipe ne s'étonnent pas de voir se développer une activité culturelle en parallèle de la prise en charge médicale des patients. Les connexions peuvent aussi se faire grâce aux connaissances dans d'autres services. Elles peuvent là encore ouvrir les portes des structures de soins psychiatriques : « Moi je connais quelqu'un qui était directeur de santé en cancéro. Du coup il nous a ouvert les portes assez facilement³³⁴. » Enfin, nous avons également rencontré un cas de figure où la personne travaillait déjà dans la structure où elle a développé un atelier :

Moi en plus d'être comédienne j'étais médiatrice artistique à Sainte-Anne ça a super bien marché au début parce que le médecin nous a bien accueillies, a présenté le projet et nous a soutenues. Les équipes soignantes ont vraiment adhéré de 2010 à 2015. Les ateliers étaient ouverts aux patients, aux soignants et aussi aux familles. Cela se passait en hôpital de jour³³⁵.

Cette particularité d'être déjà identifié par l'équipe soignante est un réel avantage. Ce cas de figure se retrouve dans l'ensemble des ateliers créés au sein des services où les soignants sont déjà employés. Ainsi, des personnels soignants peuvent créer directement un atelier grâce aux relations qu'ils ont avec leurs collègues.

La diffusion de l'offre, la recherche d'un intervenant et le désir de monter un atelier sont facilités dans le cas de réseaux de connaissance. L'évaluation de la personne employée sera plus facile lorsqu'elle est connue ou reconnue par des personnels travaillant dans la structure. L'information sur le futur embauché est facilitée dans le cas de relation directe avec des personnes travaillant dans l'établissement. La sollicitation du réseau familial, amical ou professionnel est donc un avantage pour les intervenants ayant de telles connexions. Elle fait partie des moyens utilisés par les personnes pour trouver des interventions. Son efficacité est prouvée ici car, comme nous l'avons vu, plusieurs intervenants ont utilisé leurs réseaux pour être embauchés.

Les trajectoires restent pour autant individuelles dans les modes d'accès à l'emploi. La question du milieu et des fréquentations qui permettent d'accéder à ce type d'emploi reste celui du milieu de la médecine bien qu'on le voit, dans certains cas, le rôle des métiers paramédicaux

³³³ MR DASSAT, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

³³⁴ MME GILLES, « Entretien du 25 juin 2018 ».

³³⁵ MME SYLVESTRE, « Entretien du 25 juin 2018 ».

(éducateur, psychologue...) reste essentiel. Guillemette De Larquier et Géraldine Rieucau ont montré que le profil socio-économique des individus influe sur leurs choix d'appuis à l'embauche³³⁶. Ces appuis sont principalement de deux ordres : le réseau de relation ou une institution. Le réseau est plus ou moins sollicité en fonction du niveau d'étude. Plus le niveau d'étude est élevé moins la personne a utilisé son réseau pour accéder à l'emploi. C'est encore plus vrai dans le cadre de candidature spontanée. La situation géographique et l'âge ont aussi une influence sur l'utilisation du réseau dans le cadre de l'embauche. Plus on habite une zone densément peuplée, plus on est âgé, plus on utilise le réseau.

L'embauche est une histoire de relations, de cooptation, de rencontres et d'interconnaissance mais les intervenants peuvent également être recrutés par l'intermédiaire d'institutions réalisant le recrutement pour la structure de soins. Il s'agit des DRAC et ARS dans le dispositif Culture et Santé, de l'Elan Retrouvé, du Rire Médecin pour les clowns d'intervention, des associations Soins et Culture ou Tournesol à l'Hôpital. Ce type d'embauche ne fait pas appel aux relations de l'intervenant mais plus à ses compétences et son parcours professionnel, sa qualité d'artiste ou de comédien maîtrisant la médiation culturelle ou l'intervention artistique. Les structures intermédiaires doivent alors procéder à une sélection et un jugement de la qualité de l'intervenant. Dans le cadre des institutions, celles-ci évaluent le projet et le reformulent parfois pour qu'il puisse convaincre les interlocuteurs. Les institutions influent sur le projet et la sélection, qu'elles effectuent dans le cadre d'un « pré recrutement », qui impose l'établissement de critères.

Intervenant pratiquant le théâtre à vocation sociale

La dernière catégorie que j'ai constituée regroupe les intervenants dont le travail artistique se combine avec un théâtre à vocation sociale. Ce théâtre engagé socialement est depuis de nombreuses années pratiqué en Belgique autour des troupes de Théâtre Action³³⁷. En France, l'action ou médiation culturelle, qui trouve des similitudes avec l'action sociale du Théâtre Action, est aujourd'hui très développée dans la profession de comédien. En structures de soins psychiatriques, on retrouve souvent cet objectif. Pour l'intervenant, l'aspect social est

³³⁶ LARQUIER Guillemette de et RIEUCAU Géraldine, « Trouver ou créer son emploi : compter sur soi, sur autrui ou sur les institutions ? », in *Travail et emploi*, n° 4, n° 124, 2010, p. 43-55.

³³⁷ J. Florence et P. Biot, « Théâtre Action et Champ psychiatrique », art cit.

ici revendiqué dans le sens d'une aspiration de rendre le théâtre accessible à tous. C'est le cas de cette comédienne : « J'ai toujours été versée dans le monde associatif. Mes parents étaient engagés dans des ateliers théâtre avec des gamins dans les quartiers. Donc le mélange entre pratique et militantisme était une chose évidente pour moi ³³⁸. »

Cette revendication est plus ou moins mise en avant dans les propos des personnes interrogées. Elle trouve son origine dans les pratiques du théâtre de l'opprimé d'Augusto Boal dont certains intervenants se revendiquent les héritiers. Ils sont devenus spécialistes de ce domaine. « Depuis des années je travaille avec des personnes malades psychiquement³³⁹. » Il s'agit dans la grande majorité des cas de comédiens professionnels ayant une attirance pour ce type de public. On retrouve cette volonté chez une comédienne qui a développé ce type d'atelier : « J'ai travaillé dans une compagnie de théâtre de proximité. Le spectacle était générateur d'un moment partagé. La compagnie est partie, moi je suis restée ici et je me suis interrogée sur quel type de public pouvait aimer ce théâtre-là³⁴⁰. » Cette culture du théâtre d'intervention peut se combiner avec une pratique développée de mise en place d'atelier.

On retrouve l'accroissement de ces pratiques dans plusieurs itinéraires artistiques que ce soit dans la pénitencière, à l'école ou encore dans le milieu associatif, je me réfère ici aux témoignages d'intervenants : « Je suis comédienne et metteur en scène depuis vingt ans, j'ai une compagnie avec les arts de la rue. J'ai débuté dans la pénitencière avec le SPIP³⁴¹ », « J'avais fait pas mal d'ateliers avec des scolaires³⁴² », « Je suis acteur et metteur en scène et je mène aussi des ateliers avec différents publics, des enfants, des adultes³⁴³ », « Je fais des ateliers un peu de partout³⁴⁴ » ou encore « J'avais un intérêt du corps en institution de ce que j'avais lu, je fais beaucoup d'ateliers en lycée, j'aime bien faire des interventions. Cela me fait marcher sur mes deux pattes. Dans nos spectacles j'en ai beaucoup besoin³⁴⁵. »

Le nombre d'intervenants ayant une pratique de l'atelier hors la structure de soins est donc élevé. Cela fait partie de l'auto-formation qui permet aux intervenants de se sentir plus prêts, compétents, pour pouvoir être plus disponibles pour les autres difficultés qui se

³³⁸ MME DUMONT, « Entretien du 28 juin 2019 ».

³³⁹ MR GRETEL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

³⁴⁰ MME SAUTOUT, « Entretien du 22 mai 2018 ».

³⁴¹ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

³⁴² MR GOIGOUX, « Entretien du 17 septembre 2018 ».

³⁴³ MR DUPONT, « Entretien du 25 novembre 2017 ».

³⁴⁴ MR GRETEL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

³⁴⁵ MME WONNER, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

présenteront à eux, notamment le fait de devoir faire face à la maladie. De plus, l'indication de cette dernière intervenante sur l'intérêt que peuvent avoir ces interventions pour nourrir le travail artistique en aval se retrouve dans la majorité des projets que j'ai étudiés. L'inspiration pour les artistes glanée dans ces ateliers demeure prégnante dans les projets Culture et Santé. Les artistes se nourrissent des échanges avec les participants et peuvent les réutiliser dans leurs créations.

Les moments de restitution sont également importants pour les comédiens qui pratiquent ce genre de théâtre. Celle-ci permet de conclure une création participative et de montrer ce qui se joue dans l'atelier. Pour un comédien professionnel, les activités connexes sont liées à la prestation artistique. Les activités de sensibilisation, d'accompagnement des amateurs, d'animation d'ateliers entrent dans ce cadre. Une prestation artistique avec au moins un artiste professionnel doit donc conclure ce moment selon la Convention Collective Nationale des Entreprises Artistiques et Culturelles. La prise en compte des heures d'intervention dans le cadre d'atelier n'est pas négligeable pour ces comédiens. Elles entrent dans le cumul des 507 heures nécessaires à l'affiliation au statut d'intermittent. Alors que le nombre d'intermittents n'a cessé de croître ces dernières années³⁴⁶, la prise en compte d'activités connexes peut être une condition d'accès à ce statut pour certains comédiens. On comprend dès lors que le développement des ateliers est un enjeu pour une partie de la profession artistique. Cet aspect n'est pas présent pour les professionnels médicaux ou paramédicaux menant un atelier théâtre. Le statut d'intermittent ne les concerne pas. De plus, ce théâtre d'intervention n'est pas pratiqué par ce type de personnel car il ne rentre pas dans la définition qu'il donne de leurs ateliers.

³⁴⁶ MENGER Pierre-Michel, *Les intermittents du spectacle : sociologie d'une exception*, Paris, École des hautes études en sciences sociales, 2005.

Contractualisation et rémunération

Les types de contrat dépendent en grande partie du statut de l'intervenant lors de son embauche. S'il est comédien professionnel, l'intervenant peut prétendre à un accompagnement de la part de la DRAC pour développer des médiations artistiques à l'hôpital tandis que s'il est soignant, dramathérapeute, animateur ou comédien amateur, il devra s'orienter directement vers les structures de soins. Sa situation initiale à l'embauche influe sur la future contractualisation avec l'établissement. Là encore, les soignants déjà employés par la structure ont beaucoup plus de facilité à développer ce type d'activité dans le cadre de leur contrat de travail. La distinction entre trois populations de responsable d'atelier est là encore importante.

D'un côté, les personnels soignants participent à l'élaboration de projets théâtre dans les services de psychiatrie. Ils peuvent occuper des statuts professionnels différents mais ce qui les regroupe est le fait d'organiser ces projets dans le cadre de la prise en charge médicale des patients. D'un autre côté, on trouve les comédiens intervenant dans le cadre d'une prestation ou médiation artistique. Ici il ne s'agit pas forcément d'entrer dans le parcours de soins mais plus de permettre l'accès au droit et à la culture à l'hôpital, dans une veine plus ou moins militante. Enfin, les animateurs ou comédiens amateurs proposent des ateliers occupationnels, dont les objectifs sont à la frontière de la thérapie. Cette distinction permet d'envisager la contractualisation en rapport avec les buts de l'intervention. Ces objectifs influent sur le contrat car ils imposent de se situer dans une durée et un type d'intervention.

La relation contractuelle établit un rapport de collaboration entre les deux parties, le responsable de l'atelier d'un côté, l'institution de l'autre. Les intervenants sont soit extérieurs, et non directement employés par la structure de soins, soit font partie de l'équipe paramédicale. Peu sont les intervenants extérieurs qui auront un véritable contrat. La prestation de service est surtout utilisée dans les structures de soins privées. Le développement de ces prestations pose la question de la délégation d'une partie de la prise en charge médicale et du soin à des personnels extérieurs qui « occupent » les patients et prennent en charge une partie du temps des soignants. On peut rapprocher cette délégation de tâches des soignants de ce qui se passe pour les aides-soignantes qu'Anne Marie Arborio a abordé dans son étude³⁴⁷. Elle a montré que

³⁴⁷ A.-M. Arborio, « 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" », art cit.

les aides-soignantes sont de plus en plus investies de tâches proches du travail infirmier par leur supérieur hiérarchique. Cela s'explique par le temps soignant de plus en plus contraint, le rôle croissant délégué aux personnels paramédicaux et les frontières poreuses entre ces groupes professionnels. L'augmentation de la prise en charge de personnes en psychiatrie accroît cette tendance. Dans le cadre de mon terrain, la question de la délégation d'une partie du temps de prise en charge des patients est clairement posée. Le développement du centre de jour, du fait d'une demande croissante due à l'augmentation des *burns out*, des dépressions et de plusieurs pathologies psychiatriques, oblige cette structure à employer du personnel extérieur pour prendre en charge les patients sur des temps d'atelier. La clinique collabore avec des prestataires de service qui travaillent sur le temps médical. L'intervenant théâtre est considéré comme participant à la prise en charge médicale des patients. J'ai été engagé comme intervenant artistique avec le statut de prestataire. Je n'étais pas salarié de la structure. Je devais donc appartenir soit à une association, soit à une société de portage salarial, soit être auto-entrepreneur.

Un autre aspect essentiel dans l'étude de la contractualisation dans le cadre de l'activité théâtrale en psychiatrie est la multi-activité que cette pratique impose. Comme dit précédemment, j'ai rencontré une seule personne occupant un emploi à temps plein pour ce type d'activité. L'ensemble des autres intervenants doivent combiner leurs ateliers avec une autre activité professionnelle. Serge Proust a repris les descriptions autour de la multi-activité des comédiens³⁴⁸ de Pierre Michel Menger et Catherine Paradeise et propose que ces différents emplois permettent aux comédiens de limiter les risques de perdre le statut d'intermittent. Il indique, toujours dans la ligne de Menger³⁴⁹, que le déséquilibre des marchés du travail artistique conduit à l'hyperflexibilité. On comprend dès lors l'appétit des comédiens pour les ateliers en particulier dans le cadre des projets Culture et Santé. Les ateliers n'imposent pas forcément de se déplacer loin de son lieu d'habitation, ce qui est particulièrement rare dans le métier. Aussi les ateliers permettent de se questionner sur le psychisme humain, aspect de plus en plus relevé dans l'écriture contemporaine théâtrale³⁵⁰.

³⁴⁸ BUREAU Marie-Christine, *L'artiste pluriel : Démultiplier l'activité pour vivre de son art*, s.l., Presses Universitaires du Septentrion, 2019, 196 p. P.95

³⁴⁹ P.-M. Menger, *Les intermittents du spectacle*, *op. cit.*

³⁵⁰ SMADJA Isabelle, *Images et usages de la folie dans le théâtre contemporain*, PhD Thesis, Paris 10, 1998, (dactyl.).

La période d'engagement est également intéressante à consulter. Sa durée donne des informations sur la qualité de la relation contractuelle entre l'établissement et l'intervenant. Les durées peuvent être courtes dans le cadre de résidence d'artiste (en règle générale conventionnée d'un à trois ans) ou plus longue lorsque l'intervenant est embauché par la structure de soins. La durée donne aussi des indications sur la relation qui va être établie avec les patients. Certains intervenants préfèrent des durées longues et ne comprennent pas la condition de trois ans maximums pour les projets Culture et Santé quand d'autres ont peur de rester trop longtemps dans une structure et préfèrent une courte durée pour ne pas être pris au piège dans un projet et devenir dépendants de la structure. Cette dépendance est une raison de la condition des trois années maximums qui veut que, si la structure désire continuer la collaboration avec l'intervenant, elle doit trouver un financement propre. Dans le cas du terrain à la clinique, je suis resté dans le doute de la fin de la prestation tout au long de l'occupation de mon emploi. La structure de soins ne m'a jamais indiqué la durée de la collaboration. La durée était une sorte de durée contractuelle indéterminée.

Statut professionnel

La première étape dans le cadre d'une embauche est le signalement à l'URSSAF de la durée et de la nature du contrat de travail. Les statuts étant ici variés, le signalement à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale permet de connaître l'employeur de l'intervenant. Ce peut être, comme dit précédemment, la structure de soins, une compagnie de théâtre, une association, une structure culturelle ou encore l'intervenant peut être auto-entrepreneur. Je vais ici distinguer six types de statuts professionnels permettant de pratiquer le théâtre sous ses multiples formes avec des patients en psychiatrie.

La prestation de service, une distance avec l'établissement

Le premier type de statut est celui d'intervenant théâtre salarié d'une société de portage salarial. Dans le cadre de mon terrain, j'ai occupé ce statut lors de mon embauche. J'étais alors salarié de la société Smart (Société Coopérative d'Intérêt Collectif) dont l'activité est le service administratif combiné de bureau (Activité Principale Exercée 8211Z). Cette société établissait des devis pour trois mois que je devais faire signer par la clinique. Au bout de ces trois mois, une facture était établie par Smart qui reprenait les dates des ateliers et effectuait des

rectifications en cas d'absence ou de modifications. Une fois cette facture établie, la clinique payait la société Smart qui versait une partie du montant de la facture sur un compte individuel. Je devais alors créer, grâce à un logiciel, mon bulletin de salaire. Cette forme de salariat est avantageuse dans le cas où l'intervenant cherche à limiter les démarches administratives bien que le temps de traitement du salaire ne soit pas négligeable. Elle est également intéressante dans l'expertise que détiennent les conseillers de Smart. Comme ils accompagnent de nombreux intervenants et artistes, ils connaissent bien les taux de TVA en fonction du type de prestation et les conditions pour obtenir le statut de l'intermittence, ce qu'ignore bien souvent le personnel administratif des structures de soins. D'autres sociétés de portage salarial existent et il n'est pas impossible que d'autres intervenants utilisent ce type d'entreprise pour faciliter le traitement de leur salaire.

Le deuxième type de statut est celui de bénévole d'une association loi 1901 dont l'activité est l'organisation fonctionnant par adhésion volontaire (APE 9499Z). Dans mon cas, une autre façon de collaborer avec la clinique était de passer directement par une association. Là encore l'association peut, si elle en a les moyens, salarier l'intervenant ou seulement le défrayer. Étant membre fondateur d'une association culturelle, j'ai utilisé celle-ci pour facturer mes ateliers. L'association me défrayait uniquement les trajets de mon domicile à la clinique en contrepartie car nous n'avions pas les moyens de réaliser l'activité de gestion nécessaire pour le versement de salaire. Les compagnies de théâtre étant souvent montées sous forme associative, l'utilisation de ce statut est développée de façon plus importante que le portage salarial. C'est ce que m'a indiqué une responsable administrative : « Le plus souvent les artistes interviennent en termes d'intervenants et c'est une association qui nous facture et qui salarie ensuite les intervenants, c'est le plus simple pour nous³⁵¹. » Une intervenante m'indiquait ainsi facturer les ateliers à l'établissement de soin avec sa compagnie de théâtre, dont la forme juridique était une association Loi 1901. Elle se faisait ensuite rémunérer directement par l'association sous la forme de cachet artistique. Ce montage n'est pas forcément légal même s'il est toléré car le régime de l'intermittence du spectacle ainsi que les taux réduits URSSAF ne s'appliquent qu'aux artistes du spectacle visés à l'article L762.1 du code du travail dans le cadre de production artistique et non d'atelier. Cependant, il se retrouve dans plusieurs cas. Il permet pour des associations n'ayant pas les moyens de salarier les comédiens sous le statut de

³⁵¹ MME GENESTIER, « Entretien du 31 mai 2018 ».

professeur ou animateur (pas de taux réduit URSSAF, régime général...) de payer les comédiens en considérant les ateliers comme des prestations artistiques. De plus, aujourd'hui, les associations sont extérieures aux structures de soins. Cela n'a pas toujours été le cas comme m'indiquait cet intervenant : « Il y avait beaucoup d'associations culturelles dans les hôpitaux psychiatriques. Beaucoup ont disparu. Les associations culturelles faisaient partie du service de psychiatrie³⁵². » Cette baisse de la présence d'associations culturelles au sein des établissements donne la possibilité à des associations extérieures de placer des intervenants.

Le troisième type de statut est celui de la prestation de service avec le statut d'auto-entrepreneur. L'URSSAF considère ici l'intervenant comme professeur d'art dramatique et le code APE est 8552Z. Le taux de cotisation sociale est de 22 %, ce taux est le plus élevé de tous les statuts. La facturation se fait directement par l'intervenant.

Employé directe de la structure de soins

Le quatrième statut est celui du personnel soignant ou d'animation menant l'atelier dans le cadre de son service de soignant. Ce cas de figure se retrouve fréquemment dans les ateliers en psychiatrie conduits par des infirmiers, psychologues, ergothérapeutes ou psychomotriciens. Dans l'étude sur la région parisienne, j'ai relevé que le nombre de soignants effectuant des ateliers est important et qu'ils n'ont pas de contrat spécifique pour mener ce type d'ateliers, ils sont totalement justifiés dans le cadre de leur pratique de soignant. La situation de référent culturel dans le cadre des projets cultures santé est un peu différente car le référent vient souvent en soutien aux artistes qui interviennent depuis l'extérieur. Une trop grande implication dans le projet artistique peut cependant poser des problèmes en termes de quotité d'heures dédiées à l'activité artistique plutôt qu'aux soins en tant que tels. C'est ce que m'a révélé un artiste intervenant qui était accompagné par un référent culturel et dont la trop grande implication dans le projet artistique gênait la cadre de santé dans le décompte de ses heures de travail.

Le cinquième est un poste très rare de dramathérapeute. Il est présent dans quelques institutions. On peut penser que ce statut se développera dans le futur notamment avec l'action de l'AND et des organismes de formations de cette discipline.

³⁵² MR BLANQUET, « Entretien du 20 janvier 2018 ».

L'intervention artistique

Le sixième et dernier statut est un statut de comédien professionnel intervenant dans le cadre d'activités connexes à la prestation artistique qu'il vient représenter. La forme de contractualisation entre la structure de soins et l'intervenant dépend alors de la compagnie ou de l'établissement culturel. Il semble que la pratique de considérer les ateliers comme des répétitions entrant dans le calcul des heures pour obtenir le statut d'intermittent du spectacle soit à la limite de la légalité mais qu'elle permette une réelle amélioration des conditions salariales des intervenants. Les statuts peuvent donc être divers. Le choix est laissé à l'intervenant et les différentes possibilités apportent chacune des avantages et des inconvénients.

Rémunération

La diversité des statuts professionnels que peuvent occuper les intervenants ne permet pas de définir dans ce secteur d'activité une grille de salaires standardisée commune à tous les intervenants. Une hétérogénéité des rémunérations ouvre donc aux différents acteurs la possibilité de négocier des formes et montants de rémunération plus ou moins avantageux. C'est ce que nous révélait l'administratrice d'une association active dans la mise en place d'ateliers : « Nous nous sommes vraiment spécialisés dans la musique et le spectacle vivant. Le théâtre c'est plus cher. On préfère les laisser se débrouiller. Les comédiens qui parlent très bien se débrouillent. Dans la musique, les artistes sont beaucoup plus démunis en termes d'organisation du travail³⁵³. » En fonction du type d'activité, la négociation avec le futur employeur ou la possible structure d'accueil peut être importante.

Ces emplois sont récents, une quarantaine d'années pour les premières expériences, et les salaires s'ajustent encore aujourd'hui. Il n'y a pas d'accord de principe dans ce secteur. Ajoutée à cela la diversité de l'origine des professionnels que nous venons de voir, il semble délicat de décrire dans le détail toutes les formes de rémunérations et d'en fixer des montants précis. Pour autant, ce que j'ai pu constater est une différence de traitement entre les comédiens professionnels, les artistes amateurs, les soignants, les médecins et les animateurs. Là où les artistes sont rémunérés aux projets, les auto-entrepreneurs le sont au nombre d'ateliers. Le

³⁵³ MME DE LATTRE, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

paiement des heures d'animation ou de thérapie entre quant à lui dans la rémunération liée au service des soignants ou animateurs. La rémunération des soignants en psychiatrie correspond à une grille salariale de la fonction publique hospitalière. On remarque à ce niveau des tensions dans la gestion du personnel en particulier autour du travail infirmier décrit par Frédéric Mougeot ³⁵⁴. Ces tensions se retrouvent pour la plupart des personnels soignants (ergothérapeute, psychomotricien, psychologue et éducateur). Les psychiatres, qui animent des ateliers de psychodrame, sont quant à eux mieux lotis dans les montants de rémunération liés à leur statut de médecin.

Les différences de rémunération, outre le statut professionnel des responsables d'atelier, sont aussi liées aux types d'établissement (privé ou public). Là encore la catégorie de l'établissement va influencer sur le montant des rémunérations, les établissements privés ayant des montants de rémunération plus avantageux. La renommée de l'établissement entre également en ligne de compte. Une structure de soins ayant une bonne renommée peut accueillir une patientèle plus aisée encline à payer plus pour une meilleure qualité de soins. Si l'activité théâtre entre dans la prise en charge thérapeutique, on peut en déduire que la rémunération sera plus attractive dans un établissement ayant une demande forte pour ce type de thérapeutique.

La réputation est le produit d'évaluation. Celle effectuée par la DRAC Ile-de-France dans le cadre de la labellisation des établissements Culture et Santé est un exemple. Cette reconnaissance est délivrée notamment par la prise en compte des montants financiers alloués à la tenue d'ateliers dont la rémunération des intervenants est le principal poste de dépense. Un établissement labellisé rémunère donc bien ces intervenants.

Les notions de prestige, d'estime, de légitimité, de notoriété, de reconnaissance et de visibilité sont à prendre en compte dans le calcul ou la négociation de la rémunération en particulier dans le cadre de projets artistiques. La présence d'intermédiaires, uniquement dans le montage de certains projets artistiques (institutions culturelles ou associations), impose une articulation entre la réputation et la rémunération. Delphine Naudier a ainsi montré que « la combinaison de la fabrique simultanée des rémunérations et du capital symbolique mis en valeur par les intermédiaires³⁵⁵ » influe sur la rétribution de l'activité artistique. Le commerce

³⁵⁴ MOUGEOT Frédéric, *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*, Toulouse, ERES, 2019.

³⁵⁵ NAUDIER Delphine, « Agentes artistiques : des faiseuses de noms et de rémunérations », in *Terrains travaux*, n° 2, N° 35, 2019, p. 23-44.

du travail artistique est régi par une économie de projets. La singularité de ce secteur est constitutive de l'individualisation des rémunérations (au-delà du fait qu'il existe des conventions collectives qui fixent, chaque année en fonction de l'inflation, un taux horaire avec un tarif plancher selon les emplois des intermittents du spectacle).

Cet aspect est d'autant plus prégnant dans un secteur où la carrière artistique joue un rôle dans le soutien public autour d'une intervention des comédiens. Le nom et la réputation conditionnent la rémunération. On retrouve une description de ces influences dans les nombreux travaux de Menger³⁵⁶. L'explication économique principale de l'attrait des professions artistiques réside dans la combinaison de deux arguments : la prise de risque est encouragée par l'espérance de gains élevés et la partie non monétaire des revenus (flux de rémunérations et gratifications psychologiques et sociales, conditions de travail attrayantes, faible routinisation des tâches...) compense le manque à gagner pécuniaire. Certains comédiens et administratifs interrogés ont relevé la faible rémunération dans le cadre du dispositif DRAC ARS qui ne couvrait pas tous les coûts. « Sur un projet comme celui-ci les artistes n'ont pratiquement rien gagné. Si elles viennent travailler ce n'est pas pour l'argent c'est pour autre chose car elles font pratiquement du bénévolat³⁵⁷. » Même si ces affirmations doivent être nuancées, une responsable ARS du dispositif Culture Santé m'affirmant que les montants de rémunérations étaient respectables, les comédiens ne viennent pas ici pour espérer un gain financier élevé. L'aspect social doit donc être mis en avant et on peut considérer que les gratifications psychologiques et sociales décrites par Menger sont sans doute pour les intervenants les sources de gratification principales.

Il faut ajouter qu'il existe une différence importante entre la rémunération du travail indépendant et la rémunération du travail salarié. Les rémunérations sont différentes pour un comédien intervenant dans le cadre du dispositif DRAC ARS, un soignant employé par la structure et un comédien prestataire de service. Récemment, Julien Gros a décrit que « les formes atypiques de travail indépendant ne sont pas définies par le droit et ne correspondent à aucune catégorie existante permettant de les identifier de manière univoque³⁵⁸. » Evidemment ici il ne s'agit pas d'une étude purement comparative s'appuyant sur des statistiques liées aux

³⁵⁶ P. Menger, *Le Travail créateur. S'accomplir dans l'incertain*, op. cit.

³⁵⁷ MME ROSSIGNOL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

³⁵⁸ GROS Julien, *4. Les statistiques de l'emploi face aux mutations du travail indépendant*, s.l., La Découverte, 2019.

modes de rémunération en fonction du statut de l'intervenant. Il faut malgré tout s'attacher à décrire aux plus proches du terrain la réalité de ces travailleurs indépendants intervenant dans des structures de soins. Quelles sont leurs rémunérations ? L'auto-entrepreneuriat permet de lancer facilement une activité d'appoint dans un cadre légal simplifié. Il s'agit pour la plupart des intervenants avec ce statut de compléter leur revenu mensuel grâce à une rémunération que je peux qualifier de secondaire ou du moins complémentaire. Dans notre cas, la rémunération était, lorsque j'étais auto-entrepreneur, de 60 euros brut par atelier soit 30 euros brut de l'heure. Le paiement s'effectuait toujours sur présentation de facture. A contrario, le soutien de la DRAC et de l'ARS est source de revenu salarié. La rémunération est donc bien à mettre au regard du type de statut professionnel et du porteur de projet (cadre soignant, structure culturelle, association). « On a un financement DRAC ARS. On est une association loi 1901. La DRAC verse la subvention au théâtre et l'ARS verse la subvention à l'hôpital. La compagnie me restitue comme des répétitions³⁵⁹. » Les montages peuvent parfois mobiliser plusieurs acteurs.

Dans le cadre de la dramathérapie ou du psychodrame, les praticiens pouvaient également se revendiquer psychothérapeutes. La loi permettant la pratique des psychothérapies a récemment évolué. Il est important de souligner ce détail car aujourd'hui pour pouvoir user de ce titre, il faut être inscrit au registre. L'article 52 de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique indique que l'accès à ce titre est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse. La relation avec les investissements en formation et l'évolution dans la carrière des individus sont deux aspects également intéressants à interroger lorsqu'il s'agit de rémunération.

³⁵⁹ MME WONNER, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

Ambitions des intervenants : création artistique, animation ou thérapie

L'intervention théâtrale en structure de soins psychiatriques se déroule grâce à des responsables d'atelier aux profils, origines, formations, contrats et rémunérations variés. Ils se distinguent les uns des autres en fonction de ces critères et doivent justifier, pour pénétrer dans l'institution, d'une ambition particulière pour développer une activité théâtrale. Il peut s'agir d'une intervention artistique permettant le plein accès aux droits culturels pour les patients, d'un atelier de dramathérapie accompagnant le soin ou encore d'un atelier à vocation occupationnelle. On ne peut pas venir jouer au théâtre sans raison en psychiatrie. Avoir une ambition claire, les structures s'ouvrent à cette condition. Le rôle que se donne l'intervenant est donc un aspect à aborder pour comprendre au fond ses motivations et sa légitimité à intervenir ici, à proposer un atelier, à le mener. Les notions d'autodétermination et d'ambition dans l'aspiration professionnelle doivent alors être interrogées. Lorsque l'on aborde ces questions d'objectifs et d'ambitions, la légitimité pour les accomplir demeure essentielle.

Dans le cadre de la sociologie du travail et des professions, il faut garder à l'esprit que cette légitimité peut être de deux types³⁶⁰. D'une part la légitimité légale ou juridique. Pour occuper un poste d'intervenant théâtre nous avons vu qu'il n'existe pas de statut obligatoire ou absolu mais plutôt une multitude d'itinéraires souvent associés à la multi activité. Cette première légitimité semble donc plutôt floue bien que les intervenants, une fois insérés dans l'institution, sont identifiés en partie par leur statut professionnel par les collègues et les patients. D'autre part, la légitimité symbolique sous ses différentes formes. Ces deux types permettent aux individus d'accepter l'autorité autour de valeurs partagées. La légitimité professionnelle se pose aussi en fonction de la finalité et du sens donnés à l'action, ici les objectifs artistiques, thérapeutiques ou occupationnels. Enfin, elle découle des compétences, des principes éthiques et de la nature même de l'acte. Le pouvoir que peut détenir l'intervenant par le biais de sa légitimité doit donc être mis au regard des ambitions qu'il se donne. S'agit-il de soigner, d'occuper, de divertir ? Cette question de savoir pourquoi est-ce qu'on fait du

³⁶⁰ BOUQUET Brigitte, « La complexité de la légitimité », in *Vie sociale*, n° 4, n° 8, 22 décembre 2014, p. 13-23.

théâtre dans des services de psychiatrie est ici d'importance. Elle a été longuement débattue et reste encore un point d'achoppement pour certains intervenants et personnel administratif.

Le théâtre en psychiatrie est très souvent lié au parcours de soins. Il peut être un outil thérapeutique pour les patients. La définition de l'art est tellement aléatoire qu'elle regroupe tout et n'importe quoi. C'est un peu lassant au fil des années d'interroger la distinction entre art-thérapie, culture et animations³⁶¹.

Les frontières entre ces trois objectifs sont particulièrement poreuses en psychiatrie. Le débat est ancien et les positions des intervenants et des commanditaires sont parfois clivées entre objectif d'expression, d'animation ou de thérapie. L'émancipation associée à la notion de culture entendue comme une capacité d'initiative et d'apprentissage permettant de s'adapter aux exigences sociales et économiques contemporaines est favorisée et encouragée dans un but de créativité. Les injonctions à l'imagination, à l'innovation, à la nécessité de devenir autonome et d'avoir accès aux multiples formes artistiques sont très présentes dans le discours des intervenants se réclamant de la profession d'artiste.

Ce qui nous distingue des art-thérapeutes, des animateurs, c'est une vraie recherche artistique. J'ai rencontré une animatrice qui passe un stage et qui faisait un atelier théâtre et elle effectuait ça au coup par coup. Moi je pars d'un point A pour arriver à un point Z et ce point Z est quelque chose d'artistique je vais utiliser les éléments que j'ai récoltés à une fin spectaculaire³⁶².

La distinction entre art, thérapie, art-thérapie et animation prend ici tout son sens. Les intervenants sont nombreux à se questionner sur ce sujet. Ils affirment être dans une pratique. « L'idée du projet était d'ouvrir l'accès à la culture au plus grand nombre par rapport à l'art-thérapie. Ce n'est pas du tout notre propos³⁶³. » Ou encore : « Notre objectif est de fédérer, que la sensibilité soit exploitée, que ça rayonne et que ça circule. Décloisonner les relations, c'est une bonne raison pour aller faire de la médiation culturelle³⁶⁴. » Les différents comédiens interrogés ici étaient financés par le dispositif Culture Santé de la DRAC et de l'ARS qui stipule bien une distinction entre projets artistiques et d'art thérapie.

Il doit y avoir une relation entre le patient et l'artiste mais pas en termes de thérapie. Nous ne faisons pas de distinction entre les différentes maladies. Il y a plusieurs moyens pour essayer que les

³⁶¹ MME PORTE, « Entretien du 31 janvier 2018 ».

³⁶² MME SAUTOUT, « Entretien du 22 mai 2018 ».

³⁶³ MR GRETEL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

³⁶⁴ *Ibid.*

artistes n'interfèrent pas dans le soin. Dans l'appel à projet l'art-thérapie est exclu, ne sont éligibles à l'appel à projet que des artistes qui ont des créations qui tournent dans le réseau public. On ne dit pas que l'art-thérapie c'est le diable mais c'est important de clarifier pour nous les choses. Nous ce qu'on dit c'est que les patients devraient avoir accès aux trois types de propositions art-thérapie, animation et art³⁶⁵.

La frontière reste cependant floue ou poreuse et l'on retrouve des éléments similaires dans la présentation personnelle des intervenants qu'ils soient artistes, dramathérapeutes, psychodramatistes ou animateurs. Ainsi, d'autres responsables d'atelier ont un regard plus thérapeutique sur leur pratique. La thérapeutique passe par l'objectif que l'on se donne : « Point de vue artistique pas trop développé. Plus dans le soin que dans l'artistique. Je suis pas du tout formé à l'artistique. Le fait qu'ils prennent un peu d'aplomb c'est essentiel. J'insiste sur la présence et leur affirmation³⁶⁶. » Ce qui est l'objectif ici est l'affirmation de soi, la confiance et le regard positif sur soi.

La légitimité des intervenants vient aussi des formations spécifiques pour s'adresser à un public de patients pris en charge par des structures de soins psychiatriques. C'est une autre particularité des intervenants. Ils sont tous sensibles aux sujets de la maladie mentale et ils se sont formés en conséquence pour affronter cet environnement particulier de la maladie. Beaucoup de personnes intervenantes ont, comme nous l'avons vu, des formations médicales ou paramédicales. Cela se retrouve dans la dramathérapie où la plupart des dramathérapeutes ont des formations de psychologie. Ils ont donc un regard particulier sur la psyché et sur le soin psychiatrique, le *care* et le *cure*. Pour autant, l'art revient souvent avant tout. C'est le cas de cette intervenante : « Ce qui est fondamental c'est que je suis en relation avec des personnes et pas des malades. C'est hyper important je vois des gens qui sont en dehors de toute intention thérapeutique. Malgré que je fasse des études de psycho à côté, le bénéfice thérapeutique est une conséquence jamais un but³⁶⁷. » L'aspect socialisant de création de lien social est très important dans ce schéma de création, d'activité artistique. « Je n'ai pas le diplôme d'art thérapeute et je n'accompagne pas les patients de façon individuelle dans un trajet de soin. Cela s'inscrit plus dans la médiation. S'il y a du soin c'est par effet induit parce que c'est une activité socialisante. Il y a des choses en lien avec le processus de soins³⁶⁸. » L'essentiel pour un grand nombre est donc la médiation artistique, le soin par le théâtre en découle. On cherche à

³⁶⁵ MR VELLA, « Entretien du 31 janvier 2018 ».

³⁶⁶ MME VOCANSON, « Entretien du 6 avril 2018 ».

³⁶⁷ MME DURAND, « Entretien du 14 juin 2018 ».

³⁶⁸ MR GOIGOUX, « Entretien du 17 septembre 2018 ».

comprendre ce qu'il se passe au niveau de l'individu dans la création artistique, la relation aux autres, le corps.

Les intervenants ont pour ambition de prendre soin, d'être dans le *care*. « Le rôle de l'intervenant dans l'atelier théâtre est essentiel. Les patients s'appuient énormément sur l'intervenant. Là ils se mettent en mode soin et peuvent se mettre en danger. A l'extérieur lorsque l'on fait une activité on a envie de s'amuser alors que là ils forcent³⁶⁹. » L'acceptation de l'autorité donne également un pouvoir à l'intervenant qui ne se retrouve pas dans tous les environnements accueillant des ateliers à l'extérieur de la structure.

Au cours des ateliers à la Clinique j'ai ainsi remarqué l'acceptation des patients aux consignes. Après en avoir parlé avec un patient au cours d'un entretien, il semble que ce pouvoir est lié à l'environnement du milieu médical. Dans mon cas, les patients étaient au courant que je faisais des transmissions aux infirmières en fin d'atelier et c'était très rare qu'un patient refuse de réaliser les exercices demandés. Comme l'atelier est inscrit dans la prise en charge médicale, les patients pensent qu'il faut se forcer à participer, être volontaires. Un seul patient n'a pas voulu participer à l'atelier prétextant être fatigué. Cela est arrivé à plusieurs reprises pour ce patient et les autres patients présents dans l'atelier sont allés se plaindre auprès des infirmières qu'il ne participait pas. Les infirmières m'ont alors demandé pourquoi il ne participait pas et m'ont demandé de l'exclure de l'atelier dans le cas où cela se reproduirait, prétextant que : « La sécu paye, il n'est pas là pour rien faire. » Lors de la séance de l'atelier suivante j'ai donc été obligé de l'exclure et cela m'a posé question sur la liberté offerte au patient. Quand on est en position d'intervenant on a un pouvoir, les patients acceptent tout. Cela est très différent à l'extérieur de la structure de soins, dans d'autres types d'ateliers. « Quand tu fais du théâtre tu es un peu à poil et ici les gens sont à fleur de peau. Le rôle de l'intervenant est hyper important. Il doit être souple et présent³⁷⁰. » Prendre soin dans une relation de confiance est central. Le handicap peut également poser problème, en particulier lorsque l'on fait du théâtre où le corps se met en scène, bouge et participe pleinement à l'action. J'ai ainsi rencontré de nombreux responsables d'atelier qui m'ont indiqué la nécessité d'avoir en réserve des exercices adaptés aux personnes en fauteuil roulant. L'intervenant doit être capable de faire avec et de proposer des exercices adaptés.

³⁶⁹ MME BERNARD, « Entretien du 23 mai 2019 ».

³⁷⁰ MR DUMAS, « Entretien du 26 avril 2019 ».

Chapitre 7 : Soignants, intermédiaires et institutions.

L'étude de l'institution en tant que telle et de ses différents acteurs trouve son origine dans la tradition de l'étude de l'action collective menée par plusieurs ethnographes au cours des dernières décennies³⁷¹. Elle interroge la conception des normes. En tant qu'activité collective, la pratique théâtrale en structures psychiatriques regroupe des caractéristiques identifiables (relation entre acteurs, mode d'organisation, valeurs symboliques) qui nourrissent une analyse sociologique basée sur l'ethnographie.

Partout, que ce soit en clinique, à l'hôpital, en CATTP, en centre de jour, l'intervenant doit répondre à des injonctions venues de la part de ses collègues et de l'institution. Le responsable de l'atelier théâtre se voit par exemple imposer, tout au long du déroulement de l'action, des contraintes institutionnelles et organisationnelles claires par les personnels administratifs et les soignants. Les méthodes de l'entretien et de l'observation sont alors très

³⁷¹ WEBER Florence, « De l'ethnologie de la France à l'ethnographie réflexive », in *Geneses*, n° 4, n° 89, 2012, p. 44-60.

utiles pour les décrypter³⁷². Pour étudier l'organisation d'un atelier théâtre dans une structure de soins et les stratégies collectives qui en découlent, l'usage de l'entretien et l'usage de l'observation permettent d'aborder une pluralité de sujets liés à ces caractéristiques et de questionner les interrelations entre acteurs. Grâce à la participation observante de trois années dans une structure, j'ai ainsi pu éprouver directement les contraintes qui sont posées aux responsables d'atelier, accéder aux idées qui ne sont pas formellement formulées.

Comment dès lors hiérarchiser et analyser ces données ? Etudier ethnographiquement l'organisation d'un atelier au regard des différents acteurs qui entrent en jeu dans son élaboration impose de s'intéresser aux soignants, souvent initiateurs et parfois protagonistes de l'atelier, mais également aux personnels administratifs, à l'institution en tant que telle et de se questionner sur la place que l'on occupe en tant qu'ethnographe dans ce milieu, de la relation avec ces personnes. Quatre niveaux d'étude³⁷³ peuvent alors être proposés dans la compréhension d'ensemble d'une action artistique à dominance théâtre en structure de soins.

Le premier niveau est la conception. Comment est pensée une action théâtrale à sa base dans un établissement ? Des règles vont être édictées qui vont s'imposer aux acteurs concernés (normes juridiques, techniques, organisationnelles, budgétaires...). Ce premier niveau est nommé par Nicolas Belorgey³⁷⁴ comme la définition des normes légitimes.

Ensuite vient le niveau des destinataires de l'action que j'aborderai plus en détail dans le chapitre suivant mais dont il nous faut déjà dire un mot ici, en particulier dans les différentes approches psychiatriques. La prise en compte des patients découle d'objectifs particuliers en lien avec les multiples conceptions de l'accueil en psychiatrie (psychothérapie institutionnelle, tradition cognitiviste, neurologie, notion de rétablissement et de citoyenneté pour les patients).

Le troisième niveau est celui de ceux dont les faits et les gestes font en pratique l'action concernée. Il s'agit ici de l'ensemble des participants de l'atelier, soignants, intervenants et patients. J'ai largement décrit et analysé le rôle du responsable de l'atelier dans le chapitre précédent. Je me concentrerai dans ce chapitre sur le rôle des soignants dans la conception et la réalisation de l'atelier. Ils interviennent forcément et ils doivent être pris en considération pour

³⁷² BEAUD Stéphane et WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2017.

³⁷³ BELORGEY Nicolas, « De l'hôpital à l'état : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », in *Gouvernement et action publique*, n° 2, VOL. 1, 20 juin 2012, p. 9-40.

³⁷⁴ *Ibid.*

une étude la plus approfondie de l'organisation des activités théâtres en structures de soins psychiatriques.

Enfin, les intermédiaires qui ne sont pas en contact direct avec le public doivent s'assurer que les acteurs de premier rang (responsable d'atelier, intervenant, artiste, soignant, participant, patient) jouent bien leur rôle conformément aux instructions multiformes émanant du niveau des instances normatives. Il s'agit ici de médiateurs culturels, de médiathécaires ou de référents culturels. Les frontières entre les différents rôles occupés dans le cadre de ces niveaux de compréhension de l'action sont poreuses et les acteurs peuvent évoluer et occuper différents rôles en fonction de l'avancement du projet. Un infirmier, animateur et responsable d'un atelier, peut ainsi devenir référent culturel dans l'évolution de sa carrière, dans le déroulement d'un projet. La notion d'interdépendance se pose comme un principe organisationnel de base lorsque l'on étudie l'action sociale et artistique.

La place qu'occupe l'ethnographe doit également être ici posée. « L'enquête n'est possible que si les enquêtés donnent une place à l'ethnographe et l'analyse n'aboutit qu'une fois cette place mise au jour. L'autoanalyse désigne précisément cette mise au jour du rôle joué, parfois à son corps défendant, par l'ethnographe dans le milieu qu'il étudie³⁷⁵. » Les conditions de production des données étudiées ici sont à mettre au regard de la place de chercheur que j'ai occupée. Une distance critique doit être conservée avec mes données. L'étude de la décision sur le terrain ne doit pas être liée à un ethnocentrisme de position. Les acteurs de terrain sont largement pris en compte. Le regard sur la décision n'est pas ici une vue du haut de la hiérarchie institutionnelle mais bien en lien direct avec les pratiquants dans une relation de recherche. L'entretien s'inscrit dans la participation de l'enquêteur à une certaine situation sociale qui lui préexiste. Tout entretien, avec quelque personne que ce soit, délivre certes des informations, mais le rapport de celles-ci avec la réalité dépend de la situation d'entretien elle-même, c'est-à-dire de la personne à qui l'enquêté pense s'adresser quand il parle à l'enquêteur. Je garde cette relation particulière à l'esprit dans l'analyse de mes données. Enfin, depuis Haroun Jamous³⁷⁶, l'importance du contexte socio-historique de l'action n'est plus à démontrer. J'ai décrit

³⁷⁵ WEBER Florence, « De l'ethnologie de la France à l'ethnographie réflexive », in *Geneses*, n° 4, n° 89, 2012, p. 44-60.

³⁷⁶ JAMOUS Haroun, COMMAILLE Jacques et PONS-VIGNON Bernard, *Sociologie de la décision*, C.N.R.S. Editions, 1969.

largement ce contexte dans le troisième chapitre décrivant l'histoire de la liaison entre théâtre et psychiatrie mais je reviendrai sur des détails actuels, issus du terrain.

Le déplacement entre les différents niveaux d'étude permet d'éviter un ethnocentrisme de position en allant voir au plus près les différents acteurs et leurs moyens d'interagir sans s'arrêter au niveau le plus simple de l'édiction des normes. L'enquête au contact direct des pratiquants, à l'instar de Vincent Dubois³⁷⁷, a l'avantage d'orienter la recherche dans de multiples directions qui permettent d'avoir la vision la plus exhaustive de l'objet d'étude, en ce qui me concerne, l'atelier théâtre dans les services de psychiatrie. Les appartenances institutionnelles sont à mettre en relation avec l'institution, ce qui est institué et les investissements des membres qui la font exister d'une certaine façon. Entre l'équipe soignante d'une clinique psychiatrique qui recrute un intervenant théâtre, la Direction Régionale des Affaires Culturelles associée à l'Agence Régionale de Santé qui soutiennent un comédien professionnel pour une résidence dans un Centre Hospitalier, un établissement de traitement des addictions qui emploie un dramathérapeute ou encore une compagnie de théâtre qui monte un spectacle avec des patients dans une structure culturelle, quels sont alors les points de convergence et de divergence dans l'organisation? Pourquoi, dans une structure de soins, les dirigeants optent plutôt pour un type d'atelier qu'un autre ? Quelles sont les normes organisationnelles, juridiques, techniques, budgétaires ?

Quand il y a à l'intérieur des établissements une structuration avec des gens qui sont militants, qui connaissent bien le terrain et qui arrivent à susciter dans les différents services le désir de monter des projets culturels, c'est toujours très intéressant et cela permet de travailler un peu plus en finesse sur la catégorisation des projets culturels qui peuvent être très différents. Les uns et les autres étant complémentaires, il y en a se rapportant à l'art thérapie, d'autres à des projets artistiques purs et encore d'autres plus proches du service animation. Cette réflexion et cette concertation en interne est donc primordiale³⁷⁸.

La désignation d'un atelier au sein d'un établissement est à mettre au regard du type d'établissement. Il faut caractériser les différents types d'acteurs en présence en les situant par rapport à l'action qu'on entend élucider³⁷⁹. Il me faut ici préciser les traditions psychiatriques et les différentes visions qui permettent aux ateliers théâtre de s'organiser dans les services. Je

³⁷⁷ DUBOIS Vincent, « Ethnographier l'action publique », in *Gouvernement et action publique*, n° 1, n° 1, 3 avril 2012, p. 83-101.

³⁷⁸ MME DE LATTRE, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

³⁷⁹ N. Belorgey, « De l'hôpital à l'état », art cit.

reprendrai les grandes caractéristiques des ateliers (médiation thérapeutique, médiation artistique, dramathérapie, création, animation) en les rapprochant des objectifs des soignants, des intermédiaires et de l'institution. Je verrai alors que des différences notables apparaissent et que le théâtre a bien de multiples usages en services de psychiatrie.

Pour terminer ce chapitre, j'aborderai la question des coûts financiers, des moyens alloués et des montages possibles pour ce type d'action. Les partenaires peuvent être divers dans le montage du financement (ARS, DRAC, mécénat, fondation). La stagnation des financements publics dans le théâtre voit se développer une économie du projet. C'est aussi le cas dans le cadre de Culture et Santé. Dans ce type de projet, les experts des collectivités publiques jugent la qualité esthétique de la production artistique. En cela ils jouent un rôle d'aiguillage. Nous verrons également dans la partie relative à l'institution comment le financement de ces ateliers rentre dans la dotation générale de l'établissement par l'ARS. En fonction du type d'atelier (thérapeutique, artistique, d'animation) les coûts ne seront pas les mêmes pour la structure de soins. Je les détaillerai pour donner un maximum d'éléments issus du terrain et des institutions.

Les soignants. De l'élaboration à la tenue de l'activité.

Dans cette partie il s'agit de présenter l'organisation d'un atelier théâtre en psychiatrie du point de vue des soignants. Ils sont toujours au cœur des projets d'ateliers théâtre et sans leur consentement l'organisation d'un atelier est rendu beaucoup plus complexe. Les entretiens que j'ai menés avec des psychiatres et infirmiers sont ici les principales sources qui m'offrent la possibilité d'une analyse des objectifs de l'élaboration et de la tenue de l'activité. La participation observante à la clinique des Saules donne également un point de vue plus détaillé sur ce qui se joue entre les soignants, les intervenants et les patients au cours de l'organisation d'un atelier. Les observations directes menées à Corbeil-Essonnes, dans le cadre de l'atelier mené par le comédien psychiatre Patrick Franquet avec des patients et à Clermont-Ferrand autour du projet de la compagnie Zèbre au sein du CHS Sainte Marie sont là encore des données utilisables pour l'analyse de l'implication des soignants dans ce type d'aventures. Sans prétendre à une analyse du raisonnement médical, du diagnostic et de la décision thérapeutique, à l'instar d'Aaron V. Cicourel³⁸⁰, je détaillerai les rôles des soignants de l'origine à la conclusion d'un projet d'atelier théâtre au sein des institutions en prenant en compte dans l'analyse leurs objectifs avoués.

Le psychiatre

Dans l'élaboration et la conception du projet, quel type de psychiatrie peut amener un médecin psychiatre à proposer de telles activités dans son service ?

La psychothérapie institutionnelle

La psychothérapie institutionnelle est sans nul doute l'influence première des psychiatres ouverts à proposer ce type d'atelier pour leur équipe. En effet, l'héritage notamment de François Tosquelles psychiatre de l'hôpital de Saint-Alban, de Jean Oury par la création de la Clinique de la Borde dans le Loir-et-Cher, ou encore de Roger Gentis à Orléans pour ne citer

³⁸⁰ CICOUREL Aaron Victor, *Le raisonnement médical : une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2002.

qu'eux est la référence d'un nouveau mode de pensée de l'institution et donc du soin dans lequel la culture prend sa place entière.

Il n'est que d'avoir rencontré Tosquelles et Oury pour immédiatement comprendre combien la culture est une partie essentielle dans leur pensée de la psychiatrie, et dans celle de Jacques Schotte, de l'anthropopsychiatrie. Dans un espace connexe, celui de la pédagogie institutionnelle, la culture est la base de l'organisation de la classe coopérative et de tous les concepts qui en structurent le déroulement³⁸¹.

La prise en compte de l'avis de tous est ici prônée dans la coopération. Dans ce courant de la psychiatrie, l'hôpital en tant que tel et son personnel sont considérés comme un instrument de soin, les intervenants des ateliers également.

Par ailleurs, l'hôpital est entendu comme un organisme vivant intégré à la société, donc échangeant avec elle, les malades étant impliqués dans la vie sociale par des responsabilités les réintégrant à un réel circuit d'échanges dans et hors les murs. Le collectif (membres du personnel et personnes hospitalisées) fonctionne alors comme une microsociété où ces liens permettent au sujet d'occuper une place comme sujet responsable. (...) C'est ici qu'intervient le Club thérapeutique, institution permettant un système d'échanges dans une visée désaliénante. Toute personne entrant à La Borde fait partie, de droit, du Club. (...) De fait, le Club est, en partie, l'expression de l'ensemble de l'hôpital car les activités qui y sont proposées influent sur la vie des différentes structures (secteurs, activités, groupes...) ³⁸².

Ainsi au sein de ces clubs thérapeutiques, des activités comme le théâtre vont être proposées par les patients et les soignants, créant ainsi une interface avec le monde extérieur. Les témoignages des quatre psychiatres que j'ai recueillis durant mes entretiens, interrogent encore aujourd'hui les théories élaborées dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle au cours de la deuxième moitié du XXème siècle. Ils ont tous flirté avec cette pratique et certains s'inscrivent clairement dans ce type d'usage : « Moi je me réfère beaucoup à la psychothérapie institutionnelle. Les acteurs sont les patients, acteurs de leurs soins³⁸³ » et justifient ce type d'activité par l'ouverture que cela procure à tous les membres de l'institution : « Du point de vue du psychiatre, ces ateliers servent déjà à questionner le rapport que le patient a de lui-même. C'est aussi avoir une rencontre avec des personnes qui ne sont pas du monde des soins. Cela soigne aussi les soignants³⁸⁴. » Il existe une double dimension, sociale et subjective, due à

³⁸¹ DELION Pierre, *Créativité et inventivité en institution : empêchements et possibles*, Toulouse, Erès, 2014. P.54

³⁸² LUCA-BERNIER Catherine de, « Logique du soin en psychothérapie institutionnelle », in *Le Coq-heron*, n° 3, n° 206, 9 novembre 2011, p. 98-106.

³⁸³ MR DASSAT, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

³⁸⁴ *Ibid.*

l'approche proposée par la psychothérapie institutionnelle. Les soins doivent s'intéresser à l'aliénation sociale autant qu'à l'aliénation mentale. L'institution soignante est partie prenante de la prise en charge des personnes souffrant de pathologies psychiatriques. Le psychiatre, acteur de cette institution, doit aussi se questionner, se positionner.

Pourquoi, dès lors, rapprocher les psychiatres et les soignants de ces théories dans l'organisation des ateliers théâtre ? Le rôle des soignants et des personnels paramédicaux semble essentiel, notamment dans les théories d'Oury et de Tosquelles³⁸⁵. Ils sont à la base de l'institution, ce sont les agents actifs de ces structures. Tous les acteurs sont un rouage de la machine.

D'autres traditions ont pu amener à utiliser le théâtre en établissements psychiatriques. « Max Pagès a lancé les champs d'expression à Paris Dauphine. A l'époque ça a fait quelques tumultes³⁸⁶. » C'est ainsi que ce psychiatre nous rappelle l'importance de la diversification des langages, dont le langage artistique, dans les psychothérapies. Les expressions des patients doivent être considérées dans le cadre d'ateliers thérapeutiques. Elles peuvent également comporter en elles-mêmes des dimensions thérapeutiques.

Ça a commencé en 1972 dans le cadre de la clinique universitaire à Bordeaux. Nous avons osé penser qu'on pouvait faire un hôpital de jour à Bordeaux. Aujourd'hui on dirait un hôpital de jour c'est banal mais à l'époque pas du tout. Il y en avait à Paris, à Marseille. Dans cet esprit-là nous avons créé une structure IRAE (Institut Recherche Animation Expression). Guy Lafargue et Jean Marie Robine qui participaient au projet étaient des élèves directs de Max Pages. Il avait lancé l'importance des ateliers d'expression, l'utilisation pour la rencontre humaine de langage qui ne soit pas uniquement le langage parlé. On avait aussi à l'époque la conjonction des ateliers Stern qui était des ateliers de peinture. Donc on s'était inspiré de ça. On avait dit que pour recevoir des patients psychotiques en hôpital de jour dans la journée on ne va pas pour les aider être à même d'utiliser uniquement le langage parlé. Il faut leur proposer d'autres modes de langage qui soient le langage graphique, le langage gestuel, le langage vocal etc.... Le chant, la parole, le dessin, le théâtre. C'est comme ça qu'on a proposé des ateliers d'expression pas thérapeutiques pour être des sites où les gens s'éprouvaient dans des langages autres que des langages verbaux et dans un travail mené en petit groupe. On a commencé ça avec des associations Arno Stern de Bordeaux qui animaient les enfants et qui ont accepté de collaborer avec nous. Ils sont venus s'expérimenter au contact de la maladie mentale qu'ils ne connaissaient pas du tout, avec des schizophrènes. Cette première expérience m'a permis de mesurer l'importance de ce niveau d'expression

³⁸⁵ OURY Jean et TOSQUELLES François, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle : traces et configurations précaires*, Lecques, France, Les éditions du Champ social, 2001, 300 p.

³⁸⁶ MR PIAGET, « Entretien du 21 octobre 2019 ».

et ensuite d'envisager le côté thérapeutique pour des personnes psychotiques. Quand je suis partie à Libourne à la fin des années 80 là j'ai vraiment développé les structures d'expression à la fois dans la référence thérapeutique, atelier thérapeutique d'expression et ensuite des ateliers d'expression dans la ville qui pouvaient être ouverts vers le théâtre. Le théâtre était une énorme référence du point de vue de notre expérience³⁸⁷.

La prise en compte de la citoyenneté du patient et l'ouverture vers l'extérieur sont là encore primordiales dans ce type de thérapie. On retrouve en cela des traces de la psychothérapie institutionnelle.

Accompagnement et réhabilitation sociale

Plus largement, toutes les pratiques de psychiatrie tournées vers le social, l'accompagnement et la réhabilitation psychosociale du patient en particulier, sont promptes à soutenir les interventions théâtrales sous leurs multiples formes. La réhabilitation psychosociale est définie par le psychiatre Matthieu Duprez comme « l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté³⁸⁸. » Elle se définit également par une double dimension, des actions de soins, mais également, comme dans la psychothérapie institutionnelle, d'un ensemble d'actions en direction de la société. On retrouve là les deux volets qui s'adressent d'une part au patient en tant que personne et d'autre part à la société.

Le terme rétablissement fédère lui les usagers et les praticiens autour de projets portés par une volonté d'enrichissement et de liens entre les uns et les autres. Aujourd'hui, aucun psychiatre ne peut éluder la possibilité de rétablissement pour les patients des structures psychiatriques. Cette conception qu'un espoir est possible dans le devenir des patients vient des associations d'usagers et des mouvements des droits civiques aux Etats Unis³⁸⁹. Des études longitudinales sur la possibilité de rétablissement poussent dans les années 1980 les médecins à imaginer un devenir positif pour les patients et des critiques de placement à vie dans des établissements médico sociaux sont de plus en plus vives, elles sont encore vives aujourd'hui.

³⁸⁷ *Ibid.*

³⁸⁸ DUPREZ Matthieu, « Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle », in *L'information psychiatrique*, n° 10, Volume 84, 2008, p. 907-912.

³⁸⁹ FRANCK Nicolas et MARTIN Brice, « Rétablissement et facteurs subjectifs », in *L'Évolution Psychiatrique*, n° 21-40, vol. 78, 2013.

La lutte pour l'inclusion sociale des usagers des structures psychiatriques est réelle. Cette possibilité de rétablissement de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble psychique sévère a permis la réorganisation des soins autour de l'insertion dans la cité. On cherche aujourd'hui le maintien ou la restauration des ressources personnelles, l'amélioration de la qualité de vie et l'optimisation du traitement. Ainsi, des psychiatres tels que Brice Martin et Nicolas Franck s'intéressent aujourd'hui aux facteurs subjectifs qui peuvent entrer en jeu dans le processus de rétablissement. Ils formulent l'hypothèse que l'activité narrative pour les patients est bénéfique : « l'activité narrative aurait pour fonction d'enrichir la représentation de soi, le récit de Soi, et par là même une certaine forme de réengagement, au cœur du processus de rétablissement³⁹⁰. » Les ateliers théâtre peuvent s'inscrire dans ces volontés pour les usagers. La personne rétablie trouve un nouvel équilibre marqué par l'expérience de la maladie. L'importance du récit et de la parole se retrouve aussi dans la thérapie par exposition à la narration développée par Maggie Schauer, Frank Neuner et Thomas Elbert. L'un des objectifs « consiste à reconstruire la mémoire autobiographique et à aider le patient à élaborer un récit cohérent des souvenirs traumatiques³⁹¹. » Il s'agit ici de la prise en charge de l'état de stress post-traumatique dans des contextes particuliers de guerre, de torture ou de terreur où la parole et l'oralité acquièrent une grande importance dans la prise en charge des patients. Le théâtre peut là encore être une activité utile dans la pratique de l'oralité.

La notion d'empowerment va encore plus loin et propose de s'appuyer sur son expérience de soins pour devenir patient expert ou médiateur. Un diplôme universitaire de médiateur de santé pair existe, en particulier à Paris³⁹². L'un des objectifs est par exemple de soutenir les usagers dans l'accès et le respect de leurs droits en tant que citoyens, objectif également avoué du dispositif Culture Santé en ce qui concerne les droits culturels. Plus que l'égalité d'accès au droit culturel, une multiplication des emplois dans le secteur du spectacle vivant pourrait être envisagée dans la lignée des notions de rétablissement et d'empowerment à l'instar de compagnies dans le secteur du handicap dont les expériences semblent très positives³⁹³. La politique de rétablissement semble pour autant complexe à mettre en place dans un système basé sur la gestion du problème et où les personnes en grande souffrance psychique

³⁹⁰ *Ibid.*

³⁹¹ ZECH Emmanuelle et VANDENBUSSCHE Fabrice, *La thérapie par exposition à la narration de Schauer, Neuner et Elbert*, Louvain, Presses universitaires de Louvain, 2010, 123 p. P.37

³⁹² *Médiateur de santé / Pair - DU*, <http://www.fp.univ-paris8.org/Mediateur-de-sante-Pair-DU>, consulté le 1 septembre 2020.

³⁹³ COUDER Olivier, *Présence du handicap dans le spectacle vivant*, s.l., ERES, 2020.

présentent des caractères de dépendance plus ou moins importants. L'institution comme objet transitionnel malléable collectif dans la perspective de la psychothérapie institutionnelle pose encore le problème d'institutionnalisation. Le projet d'inclusion semble alors essentiel pour ne pas être basé uniquement sur le parcours de soins.

Citoyenneté et respect des droits culturels

La prise en compte de la citoyenneté du patient et de son environnement sont à la base de cette inclusion dans la société et de son rétablissement. C'est dans ce sens qu'Helen Glover promeut qu'en tant que patient il faut réussir à prendre en main son projet de soins, être actif³⁹⁴. L'importance de cette « activité » du patient se retrouve chez Pinel et Oury, deux psychiatres de renom, qui, à plus d'un siècle d'écart, pensent qu'il est essentiel que les patients soient actifs dans l'institution. Le psychiatre en se rendant compte de l'importance de l'environnement offre la possibilité d'une ouverture vers l'extérieur de la structure mais aussi la possibilité de pratiquer des activités au sein même de l'établissement³⁹⁵. Ces actions ne vont pas uniquement aider au rétablissement du patient elles peuvent aussi jouer un rôle dans la réduction des effets néfastes de la stigmatisation et des discriminations liées aux troubles psychiques graves. Elles peuvent offrir la possibilité aux patients de s'inscrire dans des activités favorisant l'insertion sociale et de s'intégrer dans des groupes d'entraide mutuelle (GEM).

Malgré toutes ces considérations sur la psychiatrie institutionnelle et les notions de rétablissement, le psychiatre reste le premier décisionnaire. La volonté du chef d'un service est essentielle dans la bonne tenue d'un atelier théâtre. Il peut choisir les patients qui participeront à l'atelier et peut s'appuyer sur ces derniers pour aiguiller la prise en charge des patients. J'ai retrouvé cela dans le témoignage du psychiatre Michel Couhade qui a été un réel précurseur dans la tenue de telle activité. Bien documenté grâce à l'archivage des séances à l'hôpital Sainte Marie du Puy-en-Velay, il est très intéressant de se pencher sur cet atelier pour comprendre l'élaboration d'un projet aussi ambitieux que celui de créer une troupe de théâtre au sein d'un service de pédopsychiatrie. C'est cela qu'ont réalisé en association Michel Couhade et Bruno Boussagol et c'est d'autant plus intéressant de décrire et d'analyser leurs relations car ils ont

³⁹⁴ T. Greacen et E. Jouet, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, op. cit. P.33 à 59

³⁹⁵ ARVEILLER Jean-Paul, DURAND Bernard, MARTIN Brice, *Santé mentale et processus de rétablissement*, 2017. P.20

tous deux répondu à ma sollicitation et sont restés tout au long de ma recherche ouverts à la discussion. Comment dès lors le docteur Couhade a pu être le moteur de ce projet :

C'est moi qui choisissais les enfants qui participaient à l'atelier, je demandais toujours aux infirmiers ce qu'ils en pensaient mais au bout du compte c'était toujours moi qui décidais. Toutes les séances étaient enregistrées et le soir je regardais les ateliers. C'était innovant il y avait à Bourges et à Alès des artistes dans la psychiatrie mais c'était rare. Il y avait de la réticence du point de vue des infirmiers, des infirmières qui avaient peur qu'on prenne leur place.

La décision finale appartient donc souvent au psychiatre. Le psychiatre est-il pour autant toujours consulté dans l'élaboration d'un tel projet ? L'élaboration du projet en tant que tel n'est pas toujours réalisée avec la collaboration du psychiatre, il lui est toutefois, dans les situations observées ou à ma connaissance, soumis pour validation. En effet l'écriture du projet à proprement parler concerne plutôt le ou les professionnels (artiste ou soignants toutes professions confondues) à l'origine de la future intervention théâtrale, afin de venir en faire une présentation, d'en expliquer les modalités mais également d'en justifier les intérêts et les limites. Le psychiatre a dans sa fonction d'autorité de médecin, de chef d'unité, de chef de service souvent un rôle de validation du projet. Il lui est également souvent réservé la tâche du choix des patients participants quand le projet n'a pas été élaboré dans le cadre du projet de service ou de soin initial du patient.

Médiation thérapeutique

Pour finir cette partie sur le psychiatre, il est aussi important de faire le point sur l'art thérapie à dominance théâtre et les théories qui justifient l'emploi de ces techniques pour la prise en charge de patients par certains praticiens. La Fédération Intersectorielle des Ateliers de Psychothérapie à Médiations Créatives (FIAPMC) et les Sociétés française et internationale de psychopathologie de l'expression et d'art thérapie regroupent des psychiatres qui cherchent à défendre la pratique d'ateliers de psychothérapie à médiation créatrice. A la différence des ateliers qui se développent auprès des praticiens proches de la psychothérapie institutionnelle, la création artistique procure ici des effets dans « l'économie psychique des sujets³⁹⁶. » La dramathérapie est considérée comme une psychothérapie de groupe médiatisée et articulée aux autres aspects du processus thérapeutique. Elle privilégie la créativité. Elle est combattue par

³⁹⁶ P. Moron, J.-L. Sudres et P. Roux, *Creativité et art-thérapie en psychiatrie*, op. cit. P.97

certaines psychiatres, plus ouverts à une psychiatrie citoyenne, qui considèrent l'art thérapie comme « une nouvelle monstruosité thérapeutique³⁹⁷ ». Les psychiatres défendant ce type de pratique restent quant à eux ouverts à l'inscription de la culture au sein de l'hôpital et prônent que « l'art thérapie a sa place dans les équipes de soins comme vecteur de réhabilitation d'une certaine forme de psychiatrie citoyenne et humaniste³⁹⁸. » Les activités thérapeutiques à l'initiative des soignants, telles que le théâtre, sont des « prétextes » à la rencontre.

Une évaluation des bienfaits délicate

On le voit, les psychiatres peuvent avoir des visions différentes de l'utilité de la pratique théâtrale au sein des services de psychiatrie. Dans une certaine vision de la médecine basée sur les preuves (Evidence Base Médecine), plutôt adaptée à la médecine somatique que psychiatrique, les pratiques thérapeutiques utilisées doivent avoir pu bénéficier de preuves statistiques de leur efficacité. Or les interventions culturelles, tout comme d'une certaine manière les psychothérapies de diverses inspirations d'ailleurs, sont très peu évaluées et très difficiles à évaluer avec des indicateurs fiables, j'aborderai cela dans le dernier chapitre. Elles présentent par ce fait, des niveaux de preuves bien plus faibles notamment que les thérapeutiques médicamenteuses, et ne sont donc pas préconisées dans les recommandations de bonnes pratiques de type HAS (Haute Autorité de Santé) qui guident les soins mis en place et auxquels est soumis le professionnel dans une obligation de moyens, pas de résultat. Au cours de mes entretiens, quelques intervenants m'ont signalé que dans quelques services, des psychiatres s'étaient opposés à la conduite de projets théâtraux. Cela illustre les difficultés dans la compréhension de l'intérêt de la culture à l'hôpital. Pourquoi ? Une des explications possibles face à la réticence de certains psychiatres peut être mise en lien avec le manque de professionnels et donc une incompréhension des décisions politiques qui de fait régissent leur pratique. En effet il y a notamment dans les services de soins des réductions anciennes en termes de lits d'hospitalisation mais également de personnel. La psychiatrie n'est pas épargnée par ces restrictions budgétaires et il est parfois difficilement compréhensible que des fonds soient alloués pour des actions culturelles quand les postes réclamés pour assurer un soin de qualité ne sont pas satisfaits.

³⁹⁷ ROELANDT Jean-Luc et DESMONS Patrice, *Manuel de psychiatrie citoyenne : l'avenir d'une désillusion*, Paris, In Press, 2002, 227 p. P.98

³⁹⁸ P. Moron, J.-L. Sudres et P. Roux, *Creativite et art-therapie en psychiatrie*, op. cit. P.17

Infirmiers, psychologues, éducateurs, psychomotriciens et autres paramédicaux (orthophonistes, ergothérapeutes,...) ?

D'autres soignants peuvent être à l'initiative et jouer différents rôles dans l'inscription d'ateliers théâtre en structures de soins des maladies mentales. Les équipes de soins en psychiatrie sont pluridisciplinaires. Bien que les infirmiers soient les professionnels les plus couramment en contact direct avec le patient, d'autres professionnels de santé gravitent autour du patient et composent l'équipe de soin. On pense ici aux éducateurs, aux psychologues, aux orthophonistes, aux ergothérapeutes et aux aides-soignants. Tous prennent part à l'accompagnement du patient et leur implication dans le montage d'un atelier théâtre n'est pas rare et assure une meilleure acceptation dans les services de la mise en place d'un projet culturel dans un lieu principalement dédié aux soins.

Les ergothérapeutes : la thérapie occupationnelle

En psychiatrie adulte, les ergothérapeutes sont ainsi très présents. Professionnels dont la spécificité est l'adaptation du milieu au handicap, ils cherchent également à réduire les répercussions du handicap liées à la maladie psychique dans le quotidien du patient et notamment dans sa socialisation. Dans ce cadre, ils peuvent être à l'origine de projets tels que la mise en place d'ateliers théâtre.

En pédopsychiatrie, interviennent très fréquemment en sus du corps infirmier, des éducateurs ainsi que de nombreux rééducateurs. Le développement psychique de l'enfant étant intriqué de manière très étroite avec son développement instrumental dans une perspective environnementale, l'appréhension du patient à travers ces diverses facettes est réalisée par ces différents professionnels, qui dialoguent bien entendu souvent pour se faire une idée plus globale des maux qui touchent les patients. Dans ce contexte, des ateliers théâtre peuvent être envisagés par ces professionnels dans des perspectives propres à leurs champs d'action. Des recherches ont été menées dans le cadre de ces expériences professionnelles, je peux citer ici le mémoire de fin d'étude de Marion Chevrier ou d'Astride Lieven. Marion Chevrier³⁹⁹ est orthophoniste et explore par l'activité théâtrale l'expression des émotions par la voix, la

³⁹⁹ CHEVRIER Marion, *L'atelier théâtre au C.M.P. ou comment sensibiliser les enfants aux émotions*, other, UHP - Université Henri Poincaré, 2008, (dactyl.).

mimique, le corps et favorise les compétences communicationnelles dans des situations contextuelles à partir de jeux d'improvisation, d'une trame textuelle, d'une émotion. Astride Lieven⁴⁰⁰ a réalisé un mémoire d'ergothérapie sur le sujet de la pratique du théâtre en psychiatrie.

Les psychologues : médiation thérapeutique, dramathérapie et psychodrame

Les psychologues sont également des protagonistes très présents dans la création ou la collaboration dans le cadre d'ateliers théâtres. C'est ce que nous révèle cette formatrice spécialisée dans l'accompagnement des intervenants théâtre à l'hôpital :

Dans l'association il y a beaucoup de psychologues qui sont à peu près la moitié des personnes formées. Les autres personnes sont pour un quart des artistes et pour un quart des professionnels du soin, infirmiers, éducateurs, enseignant spécialisé... Il y a des objectifs variés. La première chose est de bien délimiter ces objectifs. Certaines personnes utilisent les arts de la scène comme une psychothérapie. Dans ce cas les objectifs vont faire qu'il y a beaucoup plus de temps de parole. D'autres les utilisent plus comme des ateliers de liens sociaux pour permettre à des personnes de sortir de leur isolement et de communiquer les unes avec les autres. Cela dépend de l'objectif pour les patients accueillis⁴⁰¹.

Le psychodrame comme la dramathérapie, sont tous deux des types de psychothérapie qui sont le plus fréquemment pratiqués par les psychologues au sein des unités de soins psychiatriques. Leur place est essentielle dans la bonne tenue de ce type d'activité. Ce rôle des psychologues est décrit par Béatrice Vandavelde⁴⁰². Ils organisent et participent à ces psychothérapies. Une question importante pour le monde médical et paramédical est de savoir où se placent ces ateliers. Sont-ils des ateliers occupationnels ou entrent-ils pleinement dans la prise en charge médicale du patient ? Cette question posée depuis longtemps par les praticiens est encore actuelle et les dramathérapeutes, qu'ils soient psychologues ou non, se la posent particulièrement lorsqu'ils sont amenés à intervenir dans les services psychiatriques.

Comment passer des activités occupationnelles (ateliers de vannerie, macramé, peinture sur soie...) à des ateliers d'art-thérapie avec la rigueur et la volonté nécessaire ? Il faut former les intervenants, former les infirmiers psychiatriques ou demander l'intervention d'art-thérapeutes extérieurs.

⁴⁰⁰ LIEVEN Astrid, *Théâtre, psychiatrie, ergothérapie*, Mons Belgique, Haute Ecole Provinciale du Hainaut Occidentale, 2000.

⁴⁰¹ MME ZIMMERMAN, « Entretien du 19 novembre 2019 ».

⁴⁰² B.A.S. Vandavelde - Pouliquen, *L'improvisation dramatique, 'étude clinique et psychanalytique d'ateliers théâtre en structures de soin, op. cit.*

Former à l'intérieur ou recruter à l'extérieur ? On comprend qu'il va falloir agir en profondeur, bouleverser l'état d'esprit, quelquefois faire la révolution⁴⁰³.

Il s'agit ici d'une réflexion d'Annie Boyer, psychiatre, psychothérapeute et art-thérapeute à Toulouse autour de l'art thérapie qui, comme nous l'avons vu, est une pratique particulière dans le champ de l'activité théâtrale en psychiatrie. La nécessité de formation ou de recrutement extérieur à la structure pose la question des intermédiaires qui jouent un rôle dans ces formations ou médiations. Que ce soit d'un point de vue administratif ou d'un point de vue de l'accompagnement culturel, ces intermédiaires sont essentiels à la tenue d'une activité théâtrale en service. Ils complètent le travail d'aiguillage que peuvent occuper les soignants et vont permettre aux activités de se dérouler dans de bonnes conditions. Nous verrons dans la partie suivante qu'ils sont divers en fonction des projets et des formes d'ateliers.

Les infirmiers : Médiation thérapeutique

Les infirmiers sont aussi des professionnels soignants qui usent de façon importante de la pratique artistique dans la prise en charge des patients en psychiatrie. Dans mes observations et mes entretiens, j'ai pu constater trois postures différentes du corps infirmier vis-à-vis des ateliers théâtre.

Il existe tout d'abord des ateliers théâtres à l'initiative même des infirmiers d'un service. Ces professionnels ayant en général une pratique amateur personnelle souhaitent développer et partager leurs expériences et utilisent le théâtre comme une occupation voire une médiation dans leur relation thérapeutique avec le patient. C'est le cas de cette infirmière d'un service de psychiatrie adulte qui me révélait cependant des difficultés dans le soutien de sa hiérarchie. « Ils me laissent faire mais je ne suis pas du tout soutenue. Il faudrait que je fasse évoluer mon statut même pour eux. Qu'ils se sentent plus valorisés, qu'on arrive à une représentation⁴⁰⁴. » Lorsque les personnels paramédicaux sont à l'origine de l'atelier, il peut arriver que l'appui institutionnel manque. Le cas de cet autre infirmier est très intéressant pour illustrer cette première posture qui place l'infirmier comme le fédérateur de l'élaboration à la tenue de l'activité :

Je suis infirmier de secteur psychiatrique sur l'unité psychiatrique du Havre. Il y a une unité d'ergothérapie que je vais intégrer après une période de pavillon où j'avais déjà quelques activités avec

⁴⁰³ P. Moron, J.-L. Sudres et P. Roux, *Creativité et art-thérapie en psychiatrie*, op. cit. P.211

⁴⁰⁴ MME VOCANSON, « Entretien du 6 avril 2018 ».

des patients. En particulier j'avais commencé à établir un atelier théâtre parce qu'on avait une salle de spectacle au sein de l'hôpital. J'ai aussi une formation théâtrale que j'ai acquise sur la comédie de Caen et avec quelques compagnies professionnelles. J'ai à la fois joué en amateur et en professionnel. J'ai réussi à intégrer l'unité d'ergothérapie qui s'appelait le centre d'activité et d'animation⁴⁰⁵.

Il s'agit ici d'un infirmier particulièrement investi dans la pratique artistique et dans l'inscription de l'activité théâtrale dans les services de psychiatrie. Il connaît bien cette pratique et a joué à plusieurs reprises sur scène avec les patients.

J'ai invité d'autres professionnels à venir travailler avec nous parce que je trouvais intéressant qu'il puisse y avoir d'autres propositions et d'autres pratiques. J'étais plutôt dans le rapport de catalyseur. Peu de temps avant qu'on commence à jouer, l'ensemble du groupe m'a demandé de jouer avec eux. Je suis devenu un monsieur loyal. J'ai eu vraiment les jetons⁴⁰⁶.

La place qu'il occupe alors est centrale dans l'organisation de l'atelier. En plus d'être soignant, d'être l'animateur du groupe, il ouvre la possibilité à des intervenants extérieurs d'intervenir dans son atelier. C'est là un exemple particulier qui montre que l'implication des soignants est primordiale dans la bonne tenue de ce type d'activité. Cependant, cet infirmier pointe également le manque de soutien actuel de la hiérarchie hospitalière et en particulier des directions qui sont pour lui devenues des comptables plus que des dirigeants. L'ouverture au milieu culturel et à des pratiques artistiques en psychiatrie semble de plus en plus difficile à mettre en place de l'aveu de ces deux infirmiers très investis.

La seconde posture observée est celle des infirmiers, bien que non directement impliqués dans l'animation de l'atelier mais tout à fait partie prenante du groupe, soit parce que celui-ci est à leur initiative bien que dirigé par un intervenant artiste extérieur, soit parce que s'inscrivant dans une participation active au sein du groupe de patients. Cette seconde position est très intriquée avec le choix de l'intervenant et doit être décidée en collaboration avec celui-ci. En effet j'ai constaté plusieurs cas de figure : l'intervenant peut souhaiter une participation active des soignants considérés au même titre que les patients ou il souhaite une position un peu décalée comme observateur ou soutien. « Les soignants apprennent les textes pour être une béquille pour aider les patients s'ils ne se souviennent plus des textes⁴⁰⁷. » La place occupée

⁴⁰⁵ MR CELLIER, « Entretien du 3 juillet 2019 ».

⁴⁰⁶ *Ibid.*

⁴⁰⁷ MR DUPONT, « Entretien du 25 novembre 2017 ».

par les infirmiers dans ce cas de figure correspond donc avec une posture plus distanciée mais toujours bienveillante sur l'activité théâtrale dans le service.

La dernière posture est l'absence des infirmiers durant le temps de l'atelier. Dans mon expérience, cela découle de deux types de situations différentes soit à l'initiative des soignants qui ne souhaitent pas participer, soit de l'intervenant qui peut choisir d'avoir un groupe de patients exclusivement. « Il y a des soignants qui sont ravis d'être là. Il y en a qui ne trouvent pas là trop d'intérêt mais je trouve ça normal⁴⁰⁸. » Le regard des infirmiers est donc ici un regard extérieur et il correspond au cas de figure que nous avons retrouvé lorsque nous occupions une place d'intervenant. Les infirmiers jouaient un rôle d'aiguillage et de soutien tant pour les intervenants que pour les patients. Ils n'intervenaient jamais durant le temps de l'atelier et restaient disponibles à l'extérieur pour régler tout type de problème organisationnel ou médical durant le déroulement de celui-ci.

Parfois, nous avons pu constater que la création d'un atelier théâtre venait raviver ou faire éclore des conflits dans les équipes de soins. Le fait de faire entrer quelque chose d'extérieur et de différent, la pratique théâtrale en lieu et place ou pendant du soin, peut déstabiliser certains professionnels et générer une certaine défiance. Cet effet catalyseur de la dynamique d'équipe, peut également être bénéfique car il peut offrir la possibilité de mettre en mots des tensions sous-jacentes bien souvent ressenties par les patients mais occultées par les professionnels.

Il y a quelque chose de très cloisonné entre les animateurs et les soignants. Claire Louison était très intéressée par ce qu'on faisait suite à un atelier d'écriture à l'hôpital Broca. Pour le nouveau projet on a eu des difficultés car l'équipe soignante ne s'entendait pas du tout. Les patients étaient bien mal-en-point et on ne pouvait pas travailler avec eux⁴⁰⁹.

Cette problématique est également relevée dans le récent ouvrage *Culture et Santé* qui analyse le dispositif interministériel⁴¹⁰. L'organisation de projets théâtraux peut mettre en lumière des tensions et le rôle que peut jouer l'activité artistique à ce titre n'est ici pas à négliger. Quoiqu'il en soit, en institution, il existe toujours un échange entre l'équipe soignante et l'intervenant concernant les patients du groupe, leur disposition psychique avant l'atelier avec

⁴⁰⁸ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

⁴⁰⁹ MME SAUTOUT, « Entretien du 22 mai 2018 ».

⁴¹⁰ F. Liot, C. Langeard et S. Montero, *Culture et Santé – Vers un changement des pratiques et des organisations ? op. cit.* P.86

au minimum un temps de transition entre l'espace du soin et celui de l'atelier. « On échange avec les soignants avant le début de l'atelier. On fait une transmission d'un quart d'heure avec l'éducateur et l'infirmière. On se revoit après l'atelier⁴¹¹. » Les infirmiers, coordinateurs des activités, se rendent disponibles pour les intervenants : « On essaie d'être aussi disponible que possible pour les intervenants⁴¹². » Ils jouent un rôle d'aiguilleur.

Pour les ateliers entrant dans le cadre de CATTP, d'HDJ ou de GEM, cela peut être un peu différent et ce d'autant plus si le lieu de la pratique théâtrale est externalisé. Par exemple, dans le cadre du projet mené à Corbeil-Essonnes par le comédien psychiatre Patrick Franquet, le lieu de la pratique du théâtre est différent du lieu de soin. Les infirmiers et les autres professions paramédicales ne sont donc pas forcément présents ou si c'est le cas pas en participation directe. Il n'y a donc pas d'échange avec l'équipe infirmière. Dans ces contextes, le lien avec l'équipe soignante est plus indirect. Dans une situation de relative stabilité de la pathologie, ces types d'unité de soins peuvent se présenter plutôt comme des lieux d'accueil libre où le soignant est plutôt à disposition du patient comme de l'intervenant.

Pluridisciplinarité des personnes prenant part à l'organisation de ce type d'activité

C'est donc une multitude de professionnels qui peut élaborer et organiser un atelier théâtre au sein des structures de soins des maladies mentales. Les relations qu'ils établissent avec les autres professionnels sont diverses et dépendent en partie de la position qu'ils occupent au cours de l'élaboration et de la tenue de l'activité. Colette Larcanché-Noël, ancienne éducatrice spécialisée, aujourd'hui consultante et formatrice en art-thérapie, nous renseigne sur les professions paramédicales qui occupent ce type d'emploi dans le secteur de l'art thérapie. « Le personnel qui œuvre à cette démarche fait souvent double emploi : celui de la fonction pour laquelle il a été embauché (infirmier, éducateur, psychomotricien, orthophoniste, etc...) cumulé à celui d'animateur artistique⁴¹³. » Le cumul de ces deux activités peut encore se combiner également avec des fonctions de référent culturel notamment dans le cadre des projets Culture et Santé. Comme nous l'avons vu, les professions paramédicales, en plus de pouvoir jouer le rôle de véritable protagoniste, peuvent jouer le rôle d'intermédiaire entre les intervenants et les patients. Ce rôle peut être également dévolu à une personne particulière que

⁴¹¹ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

⁴¹² MME BERNARD, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁴¹³ P. Moron, J.-L. Sudres et P. Roux, *Creativite et art-therapie en psychiatrie*, op. cit. P.225

ce soit au sein de l'institution soignante ou au sein de l'institution partenaire qui réalise la prestation ou l'intervention culturelle.

Tout ça m'a amené en 1999 à occuper un poste de référent culturel. Je prenais une place plus administrative avec une demande de ma part de passer un DESS de direction de projet culturel. Ce qui m'a sorti du cadre infirmier pour me mettre dans un cadre ingénieur. A partir de là ça a été le développement des actions culturelles dans l'ensemble de l'hôpital⁴¹⁴.

L'itinéraire particulier de cet infirmier indique que les frontières restent poreuses et que l'implication d'un professionnel du soin dans la mise en place de projet artistique peut amener à occuper une place plus importante dans l'organisation et la mise en place de tel ou tel atelier.

⁴¹⁴ MR CELLIER, « Entretien du 3 juillet 2019 ».

Les intermédiaires. Le personnel administratif et la médiation culturelle.

La médiation culturelle et l'accompagnement administratif dans la définition et la mise en place d'un projet théâtral dans l'institution psychiatrique évoluent rapidement au début du XXIème siècle. Des intermédiaires aux différents statuts jouent des rôles de plus en plus importants dans l'organisation de ces ateliers. En lien avec la place croissante accordée à l'intervention artistique en milieu de soin, grâce au dispositif Culture et Santé principalement, l'encadrement des projets s'est vu renforcé pour développer une expertise dans la conduite de ce type d'action culturelle. Ainsi, les intermédiaires que sont les médiateurs culturels, les agents des structures Culture et Santé au niveau des associations relais dans les différentes régions (Itinéraire Singulier, La Manufacture, Interstices...) ou les personnels administratifs des établissements sanitaires et culturels coordonnent de plus en plus de projets en appliquant des protocoles réfléchis conjointement et des stratégies communes tant dans l'accueil et la sélection des patients bénéficiaires que dans l'accompagnement des intervenants. Il s'agit ici de présenter ces intermédiaires, leurs rôles et d'interpréter la signification de leurs pratiques.

Dans le cas de mon étude, j'ai choisi de ne pas tracer la frontière entre projet thérapeutique et artistique pour ne pas me limiter dans la compréhension du rôle joué par les intermédiaires dans la mise en place d'un atelier théâtre, aussi divers soit-il, dans les structures de soins psychiatriques. J'étudierai donc dans cette partie les différentes postures possibles pour des professionnels occupant des postes de médiateur culturel, référent culturel, conseiller artistique, personnel administratif hospitalier, de clinique privée, des collectivités territoriales et de l'Etat qui jouent un rôle dans l'organisation de l'activité théâtrale dans les institutions de santé mentale. En centrant mon objet de recherche sur la pratique théâtrale en psychiatrie dans sa diversité et non pas uniquement sur les projets purement artistiques, l'enjeu est de comprendre comment s'organisent les intermédiaires dans des circonstances différentes (atelier artistique, thérapeutique ou occupationnel). Ces acteurs constituent un maillon de la chaîne intéressant à observer et à questionner puisqu'ils permettent la jonction entre l'élaboration d'un projet et sa concrétude. Ils participent aux choix du projet, à son développement et appliquent des protocoles pour permettre aux intervenants d'accéder aux services et de pouvoir proposer leurs activités.

Pour ce faire, je décrirai en premier lieu les actions des personnels administratifs parallèlement dans les structures de soins et les structures culturelles. Ils doivent s'entendre pour se partager les tâches inhérentes à l'organisation d'un atelier (coordination autour du projet, gestion des rémunérations et des déclarations sociales, information autour de l'offre culturelle, communication, respect des normes sanitaires...). J'expliquerai ensuite la spécificité des intermédiaires du programme Culture et Santé uniquement dans sa partie théâtrale. L'objectif est ici de comprendre comment s'est développé ce type de statut (conseiller artistique, référent culturel, chargé de mission Culture et Santé) et de parvenir à appréhender leurs rôles dans la coordination et le développement des projets théâtraux en psychiatrie. Enfin, je détaillerai le rôle de médiateur culturel dans ce type de projet. Là encore, les structures régionales d'accompagnement des artistes professionnels autour du dispositif Culture et Santé se questionnent conjointement sur les soutiens qu'elles peuvent apporter aux comédiens (formation, intervention pour présenter le dispositif dans les structures, labellisation d'établissement, médiation culturelle...). Des rencontres et des réflexions communes donnent à penser aujourd'hui qu'une harmonisation de ces pratiques d'accompagnement est en cours à l'échelle du territoire national.

Personnels administratifs des structures de soins et des structures culturelles

L'organisation administrative des structures de soins des maladies mentales et des structures culturelles liées au théâtre sont très différentes. Les mondes de la psychiatrie et du théâtre se côtoient et collaborent peu même s'ils occupent une place historique et décisive dans le développement de l'inscription du projet culturel à l'hôpital. La structure des entreprises de ces secteurs répond à des enjeux éloignés.

Du fait de leurs évolutions singulières (démocratisation culturelle et émancipation de l'individu grâce à la culture d'un côté et désinstitutionnalisation et réinscription sociale des personnes touchées par un trouble psychique de l'autre) ces deux champs ont dû s'organiser et créer des emplois administratifs aux fonctions particulières. Cependant, des agents s'occupent dans les deux mondes de la gestion des salaires et des démarches administratives obligatoires pour la tenue d'activité théâtrale. De chaque côté, des réglementations ont été établies bien que la pluralité des types d'ateliers rende une homogénéisation difficile. Comment peuvent-ils alors s'entendre pour collaborer et réussir à développer des projets conjointement ?

Structure de soins et structure culturelle : des organisations différentes

Les compagnies de théâtre sont majoritairement fondées sur des formes associatives et le personnel administratif dans ces petites structures est peu nombreux. Les comédiens intervenant en psychiatrie peuvent aussi être indépendants de toute structure, ils sont alors eux-mêmes gestionnaires de leurs prestations. Ils peuvent au contraire dépendre soit de l'établissement de soins soit d'une structure culturelle (CDN, Scène nationale...) accompagnant le projet. La gestion de leurs interventions est alors déléguée à un personnel administratif qui se charge de plusieurs tâches inhérentes à l'intervention (déclaration, salaire, organisation d'emploi du temps...). Hormis dans le cas du comédien indépendant proposant ses interventions par le biais du micro-entrepreneuriat, les autres professionnels dépendent peu ou prou de la collaboration avec le personnel administratif soit de la structure culturelle soit de l'établissement de soins. Nous allons voir que cela dépend en grande partie du type de projet.

A contrario des petites structures théâtrales accompagnant les artistes, on trouve dans les structures de soins des maladies mentales de nombreux agents qui occupent des professions administratives. Ils servent à organiser les différents secteurs des établissements souvent complexes à diriger du fait de la diversité de leurs tâches de prise en charge médicale et de la place des normes de santé. Il est à noter, dans les projets qui m'ont été décrits ou que j'ai observés, le temps de travail plus important dédié à la gestion par le personnel des établissements de soins que celui des structures culturelles. Cela peut s'expliquer d'une part par le fait que l'atelier a lieu la plupart du temps dans ces établissements et que d'autre part, la particularité de l'environnement de la psychiatrie, que ce soit dans son organisation et dans la prise en charge médicale, oblige ces structures à contrôler ce qui se passe en leur sein. La collaboration entre les deux mondes se centre sur les personnels des structures sanitaires, d'une part car c'est dans cet environnement que le projet va se dérouler, d'autre part car la complexité des normes sanitaires oblige un accompagnement lié à des connaissances inhérentes à l'établissement (accès libre ou sous contrainte aux salles d'activité, prise en charge médicale des patients...).

Des intermédiaires nombreux dans le type de profil

Au cours de ma recherche, j'ai rencontré différents personnels administratifs, que ce soit dans le secteur de la culture ou du soin, qui coordonnent l'inscription des ateliers théâtre. Ils

occupaient des emplois différents de médiathécaires, de référent culturel, de conseiller artistique, de secrétaire ou de directeur d'association.

L'une des premières professions à avoir permis l'entrée du théâtre à l'hôpital, à la suite des personnels soignants, sont les médiathécaires. Ils jouent un rôle de premier ordre dans l'accompagnement administratif de ces projets. Ce cas est particulièrement prégnant dans les hôpitaux publics de l'APHP. Ici, ils constituent un réseau qui permet de développer de réels projets culturels auprès de patients dans les services psychiatriques. Leurs rôles sont divers tant dans le choix que dans l'accompagnement des artistes une fois accueillis au sein de l'hôpital. Ainsi, ils occupent une place de relais et de médiation entre les artistes, les soignants et les patients. Leurs tâches sont plurielles. Ils peuvent donner leurs avis sur le choix des artistes à sélectionner : « Pour ce projet, c'est la médiathécaire qui a pris contact avec moi car elle avait vu mon travail dans un autre hôpital⁴¹⁵. » Ils font les affiches qui annoncent la tenue de l'atelier, cherchent des sources de financement pour l'organisation et la poursuite du projet, accompagnent les artistes dès leur arrivée dans l'orientation au sein de l'hôpital et dans la présentation du projet auprès des équipes soignantes. En suivant tant dans l'aspect financier, organisationnel et artistique les projets, ils sont des liens indispensables entre les mondes du soin et du théâtre. Une responsable à la Direction des Patients Usagers et Associations de l'APHP signale aussi leur importance dans l'accompagnement des projets⁴¹⁶. Cette place particulière est occupée dans les services de gériatrie par les animatrices. Elles occupent cependant peu de postes en psychiatrie, ce qui semble dommage pour cet intervenant : « En gériatrie et en pédiatrie il y a des animatrices. C'est des gens avec lesquels il peut y avoir un appui posé. En psychiatrie il n'y a pas forcément des gens qui sont désignés pour être des appuis à des actions culturelles⁴¹⁷. »

Ce manque d'appui peut être comblé dans les services de psychiatrie par d'autres acteurs de l'institution sanitaire qui entrent en jeu lorsque la structure de soins a une réelle politique culturelle. L'exemple de la Fondation L'Élan Retrouvé est tout à fait significatif. Cette structure privée gère plusieurs établissements de soins des maladies mentales en région parisienne. Elle

⁴¹⁵ MME DOS SANTOS, « Entretien du 4 juin 2018 ».

⁴¹⁶ MME BERNET-ROLLANDE, « Entretien téléphonique du 11 juin 2018 ».

⁴¹⁷ MR CELLIER, « Entretien du 3 juillet 2019 ».

est pionnière dans l'utilisation des ateliers culturels dans l'accompagnement et les soins des malades.

Cet organisme emploie un agent délégué à l'organisation des projets culturels. On verra par la suite que cela concerne de plus en plus de structures et que des référents culturels sont de plus en plus mis en place dans le cadre des projets Culture et Santé. Ici, le référent culturel (terme désignant son poste administratif) occupe un emploi à temps plein pour aider à l'organisation de projets culturels et a un rôle de coordination : « Ce n'est pas moi qui sélectionne les artistes, ce sont les équipes dans les structures⁴¹⁸. » Il permet l'organisation d'ateliers uniquement dans l'accompagnement administratif et n'entre pas dans la sélection des intervenants à la différence des médiathécaires. Ces tâches se centrent sur le suivi dans la gestion de la ressource humaine et dans la recherche de soutien financier aux projets théâtraux très nombreux dans les structures médicales de cet organisme. Avec une politique culturelle ambitieuse, la Fondation n'a pas eu d'autre choix que de dédier un poste à temps plein pour le suivi administratif de ces projets. C'est un cas particulier que je n'ai retrouvé dans aucune autre structure privée de la psychiatrie.

Un autre métier entre dans la catégorie des personnels administratifs du côté des structures de soins servant à la tenue des ateliers, il s'agit de l'emploi de secrétaire. L'association Soins et Culture particulièrement active dans le secteur de la pédopsychiatrie emploie ainsi une secrétaire à mi-temps qui s'occupe de la partie administrative des interventions artistiques et en particulier théâtrales auprès des jeunes suivis par cette structure. Ces tâches sont là encore la gestion de la ressource humaine et la coordination avec les soignants.

En ce qui concerne les structures culturelles, le personnel administratif qui accompagne ce type d'atelier est le même qui coordonne la médiation artistique auprès d'autres publics (détention, handicap...). Pour ces structures en majorité du domaine public, l'accompagnement financier est la principale raison de son implication dans le suivi administratif des projets. Le besoin de comptabiliser le temps passé dans ces ateliers reste alors une partie importante pour l'établissement de la rémunération de l'intervenant. La relation entre la compagnie et la structure culturelle peut aider l'intervenant à obtenir une meilleure rémunération de par le statut

⁴¹⁸ MME GENESTIER, « Entretien du 31 mai 2018 ».

de l'intermittence auquel il peut prétendre à la suite d'interventions. Ainsi, un comédien me confiait que sa compagnie de théâtre facturait à la structure culturelle partenaire les heures d'intervention et qu'ensuite la compagnie établissait un cachet de répétition sans forcément savoir si tout ça était légal.

Un accompagnement administratif primordial

Sans cet accompagnement administratif, des deux côtés, que ce soit dans les structures culturelles ou dans les structures de soins, les ateliers théâtre auraient plus de difficultés à voir le jour. Le degré d'implication des structures dans ces démarches administratives est certes variable. Entre une structure qui met à disposition un poste à temps plein pour aider à la tenue des éléments administratifs inhérents à l'emploi d'un intervenant et la structure qui adopte une démarche de prestation de service, la différence est de taille.

On peut affirmer qu'en allouant des moyens humains, les structures qui accompagnent les intervenants dans les démarches administratives sont moteurs dans l'intervention culturelle. A contrario, celles déléguant toute la partie administrative à l'intervenant obligent celui-ci soit à passer un temps important à la gestion de cette partie, soit à se faire accompagner pour établir les bonnes démarches, que ce soit auprès de l'URSSAF ou des organismes sociaux liés à l'emploi d'artiste ou d'intervenant. Des entreprises de portage salarial se sont récemment spécialisées dans le secteur de l'intervention culturelle pour permettre aux indépendants d'alléger cette charge administrative. Il s'agit principalement de la coopérative Smart même si d'autres Coopératives d'Activités et d'Emploi peuvent également suivre des intervenants théâtre en psychiatrie.

Quelques difficultés dans la lourdeur administrative m'ont été révélées par des comédiens. La complexité dans l'écriture des dossiers de financement prend du temps, et la complexité du langage et des attendus administratifs peut être un frein pour les compagnies naissantes ou non dotées d'un service efficace ou de compétences spécifiques dans la rédaction de dossiers de subvention. Cette lourdeur administrative est aussi signalée du côté des établissements de soins.

DRAC, ARS et médiateurs culturels du programme Culture et Santé

Le dispositif Culture à l'hôpital, aujourd'hui Culture et Santé est bien documenté d'un point de vue sociologique. Dès 2009, Gilles Herreros et Bruno Milly ont rendu un rapport de recherche complet sur ce dispositif après deux années d'enquêtes auprès de nombreux établissements⁴¹⁹. En interrogeant des acteurs de terrain et en analysant le programme dans son ensemble au niveau de la Région Rhône-Alpes, ils montrent combien les projets sont liés aux militantismes et à l'engagement des instigateurs et quels sont les nouveaux métiers (référents culturels, coordinateur culturel à l'hôpital) qui émergent en lien avec l'apparition de cette action publique. Avec l'évolution et le développement du dispositif, l'intrication entre monde de l'art et monde du soin est de plus en plus prégnante dans les politiques culturelles des structures artistiques et des établissements de soins. Les organisations conjointes de ces institutions sont ainsi amenées à évoluer pour une meilleure collaboration. Une réflexion et des protocoles territoriaux autour de comités locaux, de commissions régionales et d'agences spécifiques se structurent pour améliorer cette coopération. La recherche très récente de Françoise Liot, Chloé Langeard et Sarah Montero⁴²⁰ aborde la diversité de ces rapprochements dans les différentes régions, leurs co-constructions et analyse l'émergence de nouveaux intermédiaires. Enfin, toujours dans le champ de la sociologie, Cécile Offroy propose une recherche d'action collaborative depuis 2018 à l'EPSM de Ville-Evrard. Autour du dispositif Corpusfabrique, l'axe de recherche privilégié est « la captation des traces de l'activité⁴²¹ » au sein de ce lieu particulier. Depuis 2016, Corpusfabrique est un espace de co-création à l'intérieur de cet établissement de soin. Il est soutenu financièrement par l'action Culture et Santé.

En centrant la réflexion sur l'activité théâtre en psychiatrie, on constate que la structuration du dispositif Culture et Santé amène les agences régionales à poser comme pour d'autres disciplines artistiques (musique et danse en particulier) une frontière claire entre thérapeutique, occupationnel et artistique. La dimension artistique du projet constitue une

⁴¹⁹ HERREROS Gilles et MILLY Bruno, *Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation.*, s.l., Université Lumière Lyon 2 – Laboratoire MODYS (Mondes et Dynamiques des Sociétés) – Institut de Recherche sur le Changement dans les Organisations, 2009.

⁴²⁰ F. Liot, C. Langeard et S. Montero, *Culture et Santé – Vers un changement des pratiques et des organisations ? op. cit.*

⁴²¹ OFFROY Cécile et PUBERT Laure, « Percées, sur les traces de l'ancien asile : une expérience d'automédialité collective en milieu psychiatrique », in *Le sujet dans la cite*, n° 1, Actuels n° 9, 3 août 2020, p. 45-60.

condition pour le conventionnement et l'aide apportée par le dispositif. Il s'agit dès lors de questionner cette définition de l'action, puisque à l'hôpital nous nous trouvons dans un lieu dédié principalement au soin, où le théâtre peut être considéré comme prenant part à la thérapie.

Le rôle de ces nouveaux intermédiaires (agence régionale dédiée à Culture et Santé, conseiller artistique, référent culturel...) est alors essentiel car ils vont en partie définir la politique culturelle à appliquer en termes de sélection de projet. Quelles sont les demandes faites aux structures culturelles, aux comédiens professionnels ? Ce questionnement était déjà évoqué par Gilles Herreros et Bruno Milly en 2009 :

Un dernier aspect est évoqué plus épisodiquement par les gestionnaires de l'action culturelle, consistant à faire un parallèle entre action sociale et activité culturelle. Le raisonnement suggère l'idée que la culture est de plus en plus pensée comme un outil susceptible de favoriser l'intégration de certains publics, à l'identique de ce que pouvait être le travail social – avant qu'il ne soit tenu en échec. Derrière ce nouveau rôle assigné à la culture, et dont on pourrait se réjouir dans un premier mouvement, se profile l'idée de l'instrumentalisation des politiques culturelles. La fonction citoyenne de l'art peut déboucher sur une sorte d'enrôlement politique. Du coup, il y aurait un certain paradoxe à voir les tenants de « Culture à l'hôpital » s'efforcer de se situer en dehors de la logique de l'art-thérapie alors qu'en revendiquant la participation des acteurs dans l'art et la culture, ou bien encore la dimension citoyenne de l'expression culturelle, ils pourraient s'inscrire de plain-pied dans la logique globale (l'idéologie globale pourrait-on dire) de la culture comme thérapie sociale⁴²².

Cet aspect de la définition du sens de l'action publique est aussi interrogé dans l'ouvrage Culture et Santé autour d'un rapprochement avec les travailleurs sociaux et les animateurs pour qui « la valeur de l'activité se fonde sur une dimension d'inclusion des personnes, quelles que soient leur situation de handicap ou leurs difficultés sociales⁴²³. » Cette question est d'autant plus importante dans les ateliers théâtre en psychiatrie qu'ils s'inscrivent dans une tradition issue en partie de la psychothérapie institutionnelle. Les actions culturelles à l'hôpital sont aussi désignées comme outils pour l'amélioration de l'environnement tant du malade que du personnel soignant⁴²⁴.

L'enjeu de cette partie est donc de comprendre quels rôles jouent les intermédiaires en termes de définition du sens de l'action publique. Sont-ils uniquement un soutien à la

⁴²² G. Herreros et B. Milly, *Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation.*, op. cit. P.40

⁴²³ F. Liot, C. Langeard et S. Montero, *Culture et Santé – Vers un changement des pratiques et des organisations ?*, op. cit. P.122

⁴²⁴ Y. Bubien, R. Even, B. Glorion, et al., « Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital », art cit.

construction et l'organisation du projet ou entrent-ils pleinement dans la caractérisation, la sélection des projets et dans l'attribution de financement ? En me centrant sur les projets théâtre et psychiatrie, j'espère montrer des spécificités de cette liaison très développée à la base du dispositif Culture à l'hôpital. « Au début de l'appel à projet on avait psychiatrie théâtre, c'était le duo majeur. Maintenant c'est plus diversifié. De plus en plus de médecins s'intéressent à la culture. Nous, ce qui nous intéresse, c'est ce qui va dans le sens de la pratique artistique des personnes⁴²⁵. » La place des intermédiaires de Culture et Santé est de mettre en relation les professionnels de l'art, les établissements de soins et les patients pour co-construire une création artistique. Comment cela se passe-t-il dans un projet théâtre ?

Les différents organes du dispositif

Ce qu'il faut noter d'emblée est le nombre plus important d'intermédiaires dans ce type de projet que dans tous les autres projets permettant l'organisation d'un atelier théâtre, sous ses nombreuses formes, en psychiatrie. Qu'il s'agisse des conseillers artistiques DRAC, des chargés de mission Culture et Santé dans les ARS, des responsables associatifs des agences régionales, des référents culturels de terrain ou des différents membres des comités locaux et des commissions régionales, tous souhaitent que la collaboration entre les professionnels de la culture et de la santé se développe et se passe bien. Cela se retrouve pour les projets théâtre en psychiatrie. Ces nombreux acteurs doivent trouver des modes d'organisation spécifiques. Plusieurs échelons peuvent être distingués : l'échelle nationale (projet interministériel), l'échelle régionale (commission régionale), l'échelle de l'établissement (comités locaux, commission culturelle et référent culturel).

L'échelle régionale : DRAC, ARS et agence régionale

Les décisionnaires et intermédiaires principaux de ce dispositif se retrouvent dans des commissions régionales dans les régions les plus ordonnées. Il s'agit des représentants des différentes institutions (Conseil Régional, Conseil Départemental, ARS, DRAC), des comités locaux au niveau des départements composés de référent culture (responsable de l'action culturelle et des relations avec les publics dans les structures culturelles) et de référent santé (chargé de mission culture dans les établissements de soins), des personnes qualifiées des milieux culturel et sanitaire (directeur d'établissement, expert, chargé de mission) et également

⁴²⁵ MR VELLA, « Entretien du 31 janvier 2018 ».

de représentants des associations d'utilisateur. Ce type d'organisation est présent dans les régions où le dispositif Culture et Santé est le plus développé, toutes les régions n'ont pas atteint ce niveau de structuration. La coordination de ces commissions est assurée par l'agence (Interstice, La manufacture, Itinéraire Singulier...) dédiée à ce dispositif au niveau de la région. Ensemble, ces différents acteurs décident de ce qui est un bon projet, des modalités pour le mettre en place et les projets à soutenir. Leurs missions orientent donc l'action publique. Il n'y a pas ici de spécificités relatives au théâtre en psychiatrie même si les établissements psychiatriques et les structures théâtrales sont bien représentés en termes de nombre d'acteurs présents dans les commissions.

La première étape pour une structure culturelle ou un comédien qui souhaite obtenir un soutien du dispositif est d'être reconnu par l'institution culturelle (DRAC, réseau des acteurs culturels du territoire) et d'être un artiste professionnel. Il doit justifier d'une diffusion de ses spectacles et d'une activité récente de création. Les conseillers artistiques de la DRAC s'assurent ainsi de la qualité artistique du futur intervenant. Les deux conditions de la professionnalité et de la reconnaissance dans le réseau culturel sont majeures dans ce dispositif pour se démarquer de l'art-thérapie et de l'animation socio-culturelle. Le réseau des acteurs culturels du territoire joue alors pleinement son rôle de légitimateur. Les conseillers artistiques veillent également au respect des critères de sélection qui regroupent la participation active des patients et/ou personnel, l'ouverture sur le territoire de proximité et la co-construction du projet. Les personnels dédiés au dispositif dans les DRAC et les ARS insufflent ainsi une direction au dispositif.

La deuxième étape est évidemment l'aval du directeur de la structure de soin. Les chargés de mission Culture et Santé dans les ARS cherchent ainsi à construire une dynamique auprès des directeurs des établissements pour inscrire ce type d'atelier dans leurs politiques. Une « résistance⁴²⁶ » de la part de directions hospitalières qui ne comprennent pas l'intérêt de faire des projets artistiques, moins encore de disposer d'un médiateur culturel, se pose parfois. Ce n'est pas un courant qui va de soi. « Je me suis demandé quelle est l'urgence de faire de la culture à l'hôpital. Est-ce que cela a un sens ? Ce n'est pas anodin de faire venir des artistes, cela a une incidence sur les personnes et le fonctionnement de l'établissement⁴²⁷. »

⁴²⁶ *Ibid.*

⁴²⁷ MR DASSAT, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

Enfin, la labellisation Culture et Santé d'un établissement se passe également à l'échelle régionale. Cette reconnaissance montre un grand intérêt pour la culture dans ces établissements et ceux-ci peuvent trouver un appui organisationnel auprès de conseils des intermédiaires de ce dispositif. Il peut s'agir de l'identification des futurs intervenants. « L'identification s'est faite grâce aux partenariats de base. On fait aussi des forums informatifs⁴²⁸. » Pour le théâtre, cela peut aussi concerner la forme de l'atelier, les besoins matériels, la communication autour de la restitution...

Commission culturelle dans les établissements : Les Comités locaux

Des commissions culturelles voient le jour dans certains établissements. Elles sont un relais pour la prise de décision en lien direct avec le terrain. C'est là encore une forme avancée de développement du dispositif Culture et santé. La constitution d'une commission culturelle suppose la représentation de la diversité des personnels, des patients, des partenaires culturels ou intervenants qui valident les propositions culturelles et artistiques et veillent notamment à l'évaluation et au recueil des besoins. « Ces comités locaux qui réunissent des porteurs de projets et des partenaires culturels autour de problématiques, abordent les différentes thématiques et des temps d'autoformation sont proposés⁴²⁹. » Ils permettent un meilleur accueil des artistes. Ces derniers confient pour la plupart un bon accueil dans les hôpitaux lorsqu'ils intègrent ce dispositif. « J'ai toujours été très bien accueilli dans les hôpitaux⁴³⁰. »

Un exemple de commission se trouve à l'EPSM Barthélémy Durand. C'est un établissement psychiatrique qui est basé en Essonne avec 70 structures et 1500 agents qui soignent tous les âges de la vie. Cette structure développe une cité culturelle au sein même de l'établissement. C'est un projet commun à l'ensemble du personnel. La commission permet une coordination entre les différents projets et des temps d'échanges, toujours sous l'égide de la coordinatrice. D'autres établissements disposent de coordinateur ou responsable culturel. Ainsi, cette médiathécaire indique l'évolution dans sa carrière : « J'ai développé des actions culturelles à destination des patients pendant vingt ans, des concerts. Puis quand il y a eu un poste ici j'ai été mutée en tant que responsable culturelle⁴³¹. » Ce type de personnel joue un rôle de médiateur et cherche l'implication de l'ensemble du personnel. Ils sont les informateurs

⁴²⁸ MME BEAL, « Entretien du 18 septembre 2018 ».

⁴²⁹ MME SIMON, « Entretien du 1 juillet 2019 ».

⁴³⁰ MME DURAND, « Entretien du 14 juin 2018 ».

⁴³¹ MME ROSSIGNOL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

privilegiés de l'établissement en ce qui concerne l'organisation de l'atelier : « Dès que le projet démarre, je fais toujours un mail à l'ensemble du personnel pour qu'il sache ce qui se passe, la durée, le projet dans ses grandes lignes⁴³². » En plus du comité local et des postes de coordinateur ou de responsable culturel, un réseau de référent est actif pour accélérer ce développement culturel.

Des relais de terrain pour aider à la médiation, les référents culturels

De nouveaux intermédiaires, plus nombreux et plus qualifiés, vont apparaître avec le dispositif Culture et Santé. La création artistique dans l'espace du soin psychiatrique, non dédiée à l'origine à ce type d'activité, auprès de publics qui ne s'y attendent pas, oblige les institutions culturelles et sanitaires à développer de nouvelles professions pour accompagner ce programme d'accès aux droits culturels. Ces nouveaux intermédiaires réalisent des tâches diverses pour rapprocher les artistes professionnels, les soignants et les patients (organisation de temps d'échange, accueil des artistes...). Ce rôle de promoteur est même officialisé avec l'apparition du métier de référent culturel. Une étude de Valérie Véricel sur l'activité de référent culturel⁴³³ montre que les parcours de ces référents culturels sont divers.

Le rôle du référent culturel longuement décrit par cette étude joue un rôle de rapprochement entre le monde de la culture et celui de l'hôpital. Par la diversité des environnements, liés au contexte de chaque établissement, les référents culturels ont des grandes différences dans les conditions de l'exercice de leurs fonctions⁴³⁴ et il semble compliqué de définir ce métier. Il est rarement formé à la médiation culturelle. « Ce métier est récent. Personne n'a fait des études de médiation culturelle. Pas encore⁴³⁵. » Les établissements créent ce type de poste car ils ont une tradition d'intervention culturelle. « L'équipe de direction qui a repris l'hôpital a eu comme volonté d'intégrer la Culture à l'hôpital. C'est pour ça que nous avons une salle de spectacle et un chargé culturel. C'était à l'époque tout à fait innovant⁴³⁶. » L'intérêt porté à la culture est essentiel au niveau de la hiérarchie de l'établissement, cela a été repris par de nombreux interlocuteurs. Dans le référentiel de la labellisation Culture et Santé de

⁴³² *Ibid.*

⁴³³ VÉRICEL V, *L'activité de référent culturel à l'hôpital ou « la construction d'une profession-fantôme en Rhône-Alpes »*. Une étude empirique auprès des référents culturels en milieu hospitalier, Université Lumière Lyon 2, Faculté d'Anthropologie, de Sociologie et de Science Politique, s.n., 2014, vol. Mémoire de master 2 Sociologie et Développement des Organisations/.

⁴³⁴ *Ibid.*

⁴³⁵ MME ROSSIGNOL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

⁴³⁶ *Ibid.*

la Région Ile-de-France, « la désignation d'un référent culture assurant la coordination des projets ainsi que la mise en place d'une médiation et d'une communication auprès des publics et des partenaires⁴³⁷ » est un point majeur pour l'attribution du label.

Avec les référents culturels on voit que le programme Culture Santé se dote d'un poste au sein des hôpitaux pour développer une véritable médiation.

C'est un métier de médiateur culturel qui nécessite des connaissances précises sur les rouages des mondes artistiques et culturels (depuis les méandres des statuts des intermittents et des subventions culturelles jusqu'aux fonctionnements de la DRAC), une aptitude à piloter ou plutôt convaincre des équipes pluri-professionnelles, une aptitude à faire le pont entre deux⁴³⁸.

Il s'agit de trouver des contacts avec les partenaires culturels, concevoir et formaliser un projet commun en lien avec des personnels hospitaliers, convaincre les directions et les personnels de l'établissement, trouver les financements (en interne et en externe : subventions, convention régionale, mécénat...), souvent s'occuper de la mise en œuvre logistique de l'action culturelle. « Penser la médiation en lien avec l'organisation consiste à ne se centrer ni sur l'œuvre ni sur le public, mais bien sur la manière dont le projet artistique va s'inscrire globalement dans un contexte, et agir sur ce contexte⁴³⁹. » La médiation est importante tant à l'hôpital que dans les structures culturelles. Dans le cadre des projets que j'ai pu étudier, une structure culturelle publique accompagne le plus souvent les artistes.

⁴³⁷ *Référentiel Label « Culture & Santé en Ile-de-France »*, 2019.

⁴³⁸ V. Vericel, *L'activité de référent culturel à l'hôpital ou « la construction d'une profession-fantasma en Rhône-Alpes »*. Une étude empirique auprès des référents culturels en milieu hospitalier, *op. cit.*

⁴³⁹ F. Liot, C. Langeard et S. Montero, *Culture et Santé – Vers un changement des pratiques et des organisations ? op. cit.* P.179-180

Les institutions psychiatriques

Après avoir décrit le rôle des soignants dans la conception et la mise en place d'un atelier et des intermédiaires que constituent le personnels administratifs, les référents culturels et médiateurs, je vais maintenant m'intéresser aux établissements eux-mêmes.

Objectifs de l'atelier pour l'institution

Les structures organisant l'atelier ont différents objectifs. Existe-t-il une spécificité dans les établissements concernés par ce type d'atelier ? Se revendiquent-ils plus de la psychothérapie institutionnelle ? Ont-ils une histoire particulière liée au théâtre, par exemple le théâtre de Bligny, la clinique de la Borde ? « Il y a beaucoup d'ateliers dans les hôpitaux de jour. Ici il y a une culture de l'atelier à médiation artistique depuis longtemps⁴⁴⁰. »

Le territoire auquel les établissements appartiennent peut aussi pousser à organiser ce type d'action culturelle. On pense ici à Avignon, Villeurbanne, Bussang, ou à d'autres territoires particulièrement marqués par une tradition théâtrale, un ancrage du faire-théâtral au moment de la décentralisation culturelle. « Il y a beaucoup d'ateliers artistiques dans cet établissement⁴⁴¹. » Pourquoi choisir un type d'activité plutôt qu'une autre ?

Lieu de la démocratie culturelle : L'exemple de la ferme du Vinatier

Le CHS du Vinatier s'est doté en 1997 d'un lieu dédié à sa politique culturelle. Ainsi, dans un ancien bâtiment agricole appartenant au CHS, une salle de spectacle et un lieu d'exposition ont été construits pour accueillir des actions culturelles diverses. « C'est une décision institutionnelle de se doter d'un projet culturel. Il s'est décliné en un service culturel, la ferme du Vinatier, là où je travaille. C'est donc la ferme du Vinatier qui est missionnée pour développer des projets culturels qui se traduisent entre autres par des ateliers⁴⁴². » Ce n'est donc pas uniquement un lieu mais bien un service culturel entier qui s'est construit dans cet

⁴⁴⁰ MR DASSAT, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

⁴⁴¹ MR GOIGOUX, « Entretien du 17 septembre 2018 ».

⁴⁴² MME SIMON, « Entretien du 1 juillet 2019 ».

établissement et qui aujourd'hui organise des ateliers, notamment des ateliers théâtres pour les patients et les habitants du territoire.

Les projets qui se développent ici tendent vers la déstigmatisation. Les personnels dédiés à la mise en œuvre de la politique culturelle de l'établissement cherchent à combattre les préjugés sur la maladie mentale, la psychiatrie et les institutions psychiatriques en favorisant l'émergence d'espaces propices à la rencontre. C'est le cas des ateliers. « C'est aussi la possibilité à des personnes malades de s'inscrire dans des aventures de création, dans des dynamiques de création où leur potentiel va être stimulé, où ils vont développer des relations humaines et sociales et on sait que c'est toujours porteur d'une grande gratification pour eux. » Les objectifs sont donc pluriels.

Pour répondre à ces ambitions, le service culturel de l'hôpital s'appuie sur les structures culturelles, sociales et universitaires du territoire. Il cherche ainsi à créer du lien entre l'hôpital psychiatrique et l'environnement urbain en développant des partenariats avec ces acteurs. « C'est ce travail de porosité entre intérieur, extérieur⁴⁴³. » Il y a une soixantaine de sites extramuros qui dépendent du CHS du Vinatier et qui sont répartis dans les 7 des 9 arrondissements de Lyon. Par exemple, les enfants en pédopsychiatrie sont surtout pris en charge dans des structures de jour. Dans ce cas-là, le service culturel développe un partenariat avec le Conservatoire de la région de Lyon qui met à disposition des artistes. Ils interviennent pour proposer des ateliers à des enfants qui sont éloignés de par leur maladie de la possibilité d'avoir des pratiques artistiques.

La vie culturelle et les pratiques artistiques doivent réduire l'isolement du malade. La culture, vecteur de valorisation personnelle, professionnelle et sociale, est considérée comme une contribution à la politique de santé qui accorde une nouvelle place à l'utilisateur. L'artiste est ici considéré comme un spécialiste de son art plus qu'un simple animateur de pratique artistique.

Spécialistes de l'art, détenteurs en cela d'une méthode capable de participer à la transformation individuelle et sociale, par un regard posé sur les personnes et les situations. Ils seraient au fond des spécialistes du regard réflexif sur le monde, en proposant une lecture sensible des situations. La particularité de cette démarche artistique est d'intégrer une prise en compte du public dans le processus de création et de s'inscrire dans ce qu'il a été convenu d'appeler la démocratie culturelle. [...] Dans un

⁴⁴³ *Ibid.*

contexte de développement de l'intersectorialité, beaucoup d'artistes s'approprient aujourd'hui ces valeurs, à un moment où la notion de droits culturels vient légitimer ces positions jusqu'à l'intérieur des institutions culturelles⁴⁴⁴.

La participation des patients du CHS du Vinatier à des ateliers de pratiques s'inscrit totalement dans cette démarche d'accès aux droits culturels.

L'art dans le cadre du parcours de soins

Dans le cadre des ateliers de théâtre en psychiatrie, cette étude de la décision et de la conception même de l'action culturelle est à mettre au regard de la psychothérapie institutionnelle et de la dramathérapie. Ces pratiques dans l'accompagnement des patients sont aujourd'hui majeures lorsque l'on aborde la question de la pratique du théâtre avec des patients. Elles évoluent avec les principes de réhabilitation, de rétablissement et d'empowerment qui vont être à l'origine là encore de nombreuses évolutions dans la conception de ces actions culturelles par l'institution et les soignants. J'aborderai ici les objectifs de l'institution lorsqu'elle s'inscrit dans ces approches.

Dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle, des établissements créent des clubs pour permettre aux patients de s'impliquer davantage dans leur prise en charge, de développer en particulier des ateliers de pratiques artistiques et d'encourager la citoyenneté. Ainsi, un responsable de secteur affirme : « J'ai beaucoup travaillé avec Francis Jeanson dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle, on se retrouve souvent à Saint Alban, chez Gentis à Orléans. Ce petit groupe a longtemps travaillé sur la question de comment faire pour que les patients redeviennent citoyens⁴⁴⁵. » L'objectif est d'ouvrir la socialité et il n'y a pas ici de proposition artistique à la base de l'atelier. « On demandait aux artistes de susciter l'expression des personnes dans la non directivité, référence à Pages et à Stern⁴⁴⁶. » Les ateliers se développent dans le cadre d'associations Loi 1901 (Théâtre de l'Agora, Association Aloïs, Association Asphodèle...) qui inscrivent leurs activités au sein même de l'institution soignante et où les patients sont membres actifs. La relation avec les collectivités territoriales est cruciale pour ces associations dans l'objectif est d'obtenir des soutiens logistiques et financiers. Elles cherchent

⁴⁴⁴ F. Liot, C. Langeard et S. Montero, *Culture et Santé – Vers un changement des pratiques et des organisations ?*, *op. cit.* P.122-123

⁴⁴⁵ MR PIAGET, « Entretien du 21 octobre 2019 ».

⁴⁴⁶ *Ibid.*

également à l'instar des projets Culture et Santé la mixité des publics en intégrant parfois des personnes non prises en charge dans les établissements de soins.

L'enjeu est ici de travailler sur l'établissement (les règlements par rapport aux formes contractuelles imposées par des lois) pour qu'il devienne une institution (celui qui institue le lien). L'institution doit être prise en compte pour soigner avec une dimension humaine. La réflexion est poussée sur le rapport à l'autre autour des organisations, ici l'association culturelle organisant des ateliers.

En parallèle à ces ateliers développés dans les associations s'inscrivant dans les établissements de la psychothérapie institutionnelle, l'art thérapie et la dramathérapie se développent selon Colette Larcanché-Noël dans les établissements avec des modes de soins ambulatoires :

L'art thérapie est surtout pratiquée dans les structures de jour (CMP, HDJ, CATTP) dans le cadre d'une réinsertion de la personne malade mentale dans son univers familial. L'art, par ses aspects culturels, permettant de manière privilégiée ce rattachement au *socius corpus*, l'art-thérapie se présente alors plutôt qu'une psychothérapie comme un ensemble de méthodes très diverses touchant à des domaines artistiques variés, mais qui ont toutes pour point commun de représenter une alternative à l'hospitalisation⁴⁴⁷.

L'atelier de dramathérapie entre pleinement dans ces établissements dans la prise en charge médicale des patients. « On a des intervenants extérieurs qui viennent une fois par semaine : musicothérapeute, danse-thérapeute, dramathérapeute, mais ils travaillent uniquement sur prescription médicale⁴⁴⁸. » L'utilisation de ces techniques dans la prise en charge médicale est depuis une vingtaine d'années en constante évolution et de plus en plus sollicitée par les établissements. « A l'Élan retrouvé il y a toujours un lien avec la thérapie. Cela rentre dans le projet de soins et le projet de vie de la personne⁴⁴⁹. »

Coût financier moyen pour un atelier

Les sources de financement sont plurielles (associations, fondations, Ministères de la Culture et de la Santé, établissements de soins, collectivités territoriales, mécénat...). J'en ai

⁴⁴⁷ P. Moron, J.-L. Sudres et P. Roux, *Creativite et art-therapie en psychiatrie*, op. cit. P.224

⁴⁴⁸ MME ROSSIGNOL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

⁴⁴⁹ MME GENESTIER, « Entretien du 31 mai 2018 ».

identifié trois principales : la participation des établissements de soins grâce à leurs dotations annuelles, les subventions publiques (Ministère de la Culture, DRAC, ARS, région, département, ville) et les mécénats privés. Les montages financiers peuvent être de plusieurs types en fonction du statut de l'intervenant et de l'objectif du projet.

Dotations des établissements

La DAF (Dotation Annuelle de Financement) est allouée aux établissements par les ARS. Le financement d'un atelier peut passer par cette enveloppe budgétaire. Cette dotation est calculée en fonction des places d'hospitalisation. Chaque service est construit pour un type d'activité. L'hôpital est payé au service correspondant en regard des structures. Les moyens de financement de la psychiatrie ne se centrent pas sur la cotation à l'acte comme pour les autres spécialités médicales. Les directions des affaires financières ou des soins allouent des enveloppes budgétaires pour les besoins des services. Cela est très compartimenté. Il y a des lignes budgétaires pour le matériel, pour les formations, pour les activités. Dans le cadre de la DAF, « L'ARS demande les diplômes et si possible un diplôme reconnu. Ils nous laissent de la liberté⁴⁵⁰. » Ceci concerne les intervenants extérieurs.

Un responsable culturel pointe les restrictions nouvelles dans les établissements sur les budgets relatifs à la culture :

A chaque projet on entend systématiquement que le projet est cher et qu'il ne sert pas forcément à grand-chose en regard des restrictions budgétaires de l'hôpital. Ce qui est fou c'est que nous sommes les premiers touchés par les restrictions budgétaires alors que notre budget est très petit et qu'on ne voit même pas la différence. Toutes les médiathèques ont vu leur budget réduit alors qu'on est sur des petits budgets en 2015 (20 000 €)⁴⁵¹.

Ce problème des restrictions budgétaires est repris par un autre responsable dans une autre région : « Sur 12 000 euros, un tiers peut être mis en œuvre par DRAC, ARS, conseil général et puis d'autres financements qui viennent en annexe. La structure hospitalière de moins en moins maintenant⁴⁵². »

⁴⁵⁰ MME BRUGIERE, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁴⁵¹ MME ROSSIGNOL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

⁴⁵² MR CELLIER, « Entretien du 3 juillet 2019 ».

Des établissements gardent cependant une politique culturelle forte et financent des ateliers par le biais d'associations : « La principale source de financement est 160 000 € accordée à une association qui est intégrée à l'hôpital psy, l'ASM l'association mentale des Hauts-de-Seine. On a fait appel à la réserve parlementaire, à des dons⁴⁵³. »

Subvention publique

Les subventions publiques sont aussi très importantes pour développer ce type d'atelier. « Vu que la culture est un peu en difficulté, il y a des appels à projets culturels qui intéressent. Les hôpitaux eux sont contents parce que ça ne leur coûte rien. Juste la mise à disposition de locaux, c'est déjà pas mal, ce que peut faire l'hôpital par exemple parce qu'ils ont de l'espace⁴⁵⁴. »

Plusieurs types de financement public peuvent être sollicités pour ces projets. Il peut s'agir du dispositif Culture et Santé ou d'autres subventions publiques. Les collectivités territoriales peuvent ainsi soutenir des ateliers comme dans ce projet

Le financement des ateliers thérapeutiques c'était l'hôpital. Il s'agissait d'intégrer les ateliers d'expression dans les soins. Ensuite nous avons la référence de l'association Loi 1901 : cotisations, dons. On essayait d'avoir des subventions. On en a eu avec le département et la région. Ils ne nous demandaient pas d'évaluation. D'une façon très naturelle on leur relatait nos expériences. On n'était pas soumis à des questionnaires. On avait des gens dans le même esprit que nous-mêmes dans l'administration⁴⁵⁵.

D'autres structures publiques peuvent être sollicitées :

L'association La Licorne Soins et culture s'est créée en 2003, en relation avec la santé, la PJJ, l'éducation et l'aide à l'enfance. Chacun a participé à un tiers de financement, à la réflexion qui avait été initiée par le service de pédopsychiatrie sur des jeunes où les offres de soins classiques ne fonctionnaient pas du tout [...] Tous les partenaires se sont retirés. On s'est retrouvé juste avec l'association. Il ne reste plus que la mise à disposition du personnel de l'hôpital. Les subventions sont données par l'ARS, par les villes, par les projets de réussite éducative. On travaille avec les cinq villes de l'inter secteur n°1 des Hauts-de-Seine⁴⁵⁶.

⁴⁵³ MR DASSAT, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

⁴⁵⁴ MR BLANQUET, « Entretien du 20 janvier 2018 ».

⁴⁵⁵ MR PIAGET, « Entretien du 21 octobre 2019 ».

⁴⁵⁶ MR BODMER, « Entretien du 18 septembre 2018 ».

Les financements issus du dispositif Culture et Santé doivent répondre également à des critères spécifiques. « La DRAC et la ARS ont une grille de sélection bien spécifique et tous les projets ne peuvent pas rentrer dans ce cadre-là⁴⁵⁷. » Cela est repris par différents acteurs « Il n'y a pas beaucoup d'actions qu'on peut faire dans le cadre de la DRAC ARS. On a pourtant le label Culture à l'hôpital⁴⁵⁸. »

Voici les montants alloués à l'inscription des arts du spectacle dans les services hospitaliers dans le cadre du dispositif Culture et Santé. Il n'a pas été possible d'aller plus dans le détail car les données obtenues sont partielles. Je n'ai pas pu isoler la pratique du théâtre en psychiatrie. De plus, pour la région Auvergne Rhône Alpes, les montants concernent l'ensemble des actions du dispositifs (arts plastiques, écriture...).

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Auvergne Rhône Alpes	495000	474050	461786	514600	510360	522900	2978696
Bourgogne Franche Comté	N/A	N/A	51950	54099	35300	17800	159149
Bretagne	58400	75000	58000	58000	46800	70000	366200
Corse	5000	7000	N/A	N/A	N/A	N/A	12000
Ile de France	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	163234	163234
Martinique	10000	11000	26500	22560	25000	24550	119610
Mayotte	N/A	1716	N/A	N/A	N/A	N/A	1716
Occitanie	50608	31830	N/A	156441	152130	N/A	391009
PACA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	69983	69983
TOTAL	619008	600596	598236	805700	769590	868467	

FIGURE 25 MONTANT DES FINANCEMENTS EN EUROS

DISPOSITIF CULTURE ET SANTE DE 2014 A 2019 EN ARTS DU SPECTACLE

Les données donnent un premier aperçu des enveloppes allouées dans le cadre Culture et Santé. Chaque organisme impliqué dans les financements Culture et Santé est totalement autonome quant aux arbitrages financiers. Au-delà même des enveloppes régionales négociées au sein de chaque organisme impliqué dans le financement de cette politique publique, les montants attribués dépendent largement des budgets présentés par les candidats eux-mêmes.

⁴⁵⁷ MME ROSSIGNOL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

⁴⁵⁸ MME GENESTIER, « Entretien du 31 mai 2018 ».

Le budget Auvergne Rhône Alpes présenté ici regroupe l'ensemble des projets soutenus mais on peut affirmer que les montants de cette région, phare dans le développement de ce dispositif, est sans commune mesure avec les autres régions. Les régions qui arrivent ensuite dans la hauteur du financement sont la région IDF et Occitanie qui allouent une enveloppe sensiblement similaire sur les dernières années. Le développement des projets dans le secteur du médico-social a fait baisser le budget alloué au sanitaire. Une partie se retrouve dans les enveloppes dédiées au médico-social. La part des nouveaux projets au fil des années est peu importante. On observe une stabilité dans les actions soutenues d'année en année.

Mécénat

Le mécénat est une source non négligeable pour le développement de ce type de projet, en témoigne l'exemple de cette structure « Par rapport au financement, on a 50 % de partenaires privés et 50 % de l'hôpital et des collectivités⁴⁵⁹. »

Il existe quelques fondations qui aident à la mise en place d'ateliers : il s'agit de la Fondation Julienne Dumestre, de la Fondation de France, des Fonds Transmission et Fraternité et de l'association Culture du cœur.

Le Rire médecin s'appuie principalement sur ce type de financement.

On s'engage sur 3 ans minimum dans des services. Pour ouvrir un service pendant 1 an il faut compter 85 000 € c'est quand même un gros budget. On intervient deux jours par semaine et toute l'année. [...] On fonctionne en partie grâce aux dons des particuliers et des entreprises, environ trois millions par an des particuliers, ce qui est énorme et un million des entreprises. On est soutenu aussi par des organismes publics par le biais de subventions⁴⁶⁰.

⁴⁵⁹ MME DE LATTRE, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

⁴⁶⁰ MME ARTHAUD, « Entretien du 4 juin 2018 ».

Chapitre 8 : Le patient.

Le patient dont le statut a évolué au fil du temps, a fondamentalement changé depuis la loi du 4 mars 2002 « Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». En effet cette loi très importante voire « princeps » définit les rapports entre les soignants et les usagers, les soignants et la société et entre les différents acteurs de Santé Publique. Le titre II de la loi intitulée « Démocratie sanitaire » définit notamment les droits des usagers fortement renforcés. Le patient doit être associé aux décisions le concernant et les médecins doivent devenir des conseillers efficaces afin de guider l'exercice de l'autonomie des patients.

L'arrivée du Sida dans les années 80 bouleverse les liens médecin-patient en initiant les droits des malades à être informés et être acteurs participants des soins. La survenue de la pandémie a en effet donné naissance à plusieurs associations par exemple Aides, Act-up. Ces diverses associations militantes s'organisent en collectif afin de renforcer leur pouvoir d'action, leur portée médiatique et rendre visible l'incapacité du système de santé à faire face à ces nouvelles problématiques. Les patients du SIDA, dans ce contexte, exigent de participer au processus d'organisation et aux choix d'orientation des politiques de Santé Publique.

Les changements législatifs, l'émergence de l'éducation thérapeutique, mais également l'impulsion des associations de patients, voit apparaître la notion de « patient-expert », terme parfois controversé pour être aussi nommé « patient-ressource » ou « patient-partenaire ».

L'expérience du patient essentiellement dans le cadre des pathologies chroniques, comme il en existe en psychiatrie, est mise au service du soin dans un esprit d'engagement, de solidarité et d'entraide. Cela a conduit au développement de la participation de patients au sein de programmes d'éducation thérapeutique à destination d'autres malades. « Le patient intervenant (PI) a une expérience personnelle sur différents enjeux liés à la maladie et l'envie de motiver les autres patients à se soigner ainsi que de contribuer à développer leurs compétences pour améliorer leur vie avec leur maladie ou avec celle de leur proche⁴⁶¹. »

La relation du patient, sa place dans la société et le système de soins ont donc bien changé, mais qu'en est-il d'un point de vue individuel ? Quel changement se produit lorsque l'on acquiert le statut de malade puis de patient ?

Est malade la personne qui ressent une atteinte de son intégrité physique et/ou psychique. Le malade se sent blessé, trahi par son corps qui n'est plus capable de s'adapter aux « normes de vie ⁴⁶²» auxquelles il était habitué, ou à celles qui sont facilement vécues par les autres, les bien-portants. La maladie est créée par le sentiment intime, subjectif d'être malade. Le malade n'a pas forcément besoin d'un avis médical pour savoir qu'il est malade.

De fait, le malade peut aussi être considéré comme celui qui est seul avec sa maladie, dans le sens où cette dernière n'a pas encore été validée par un diagnostic médical. La solitude du malade se révèle aussi dans le sentiment qu'il éprouve d'être à l'écart du monde des bien-portants. Le malade est également coupé de lui-même, trahi par son propre corps qu'il ne reconnaît plus, la maladie faisant irruption en lui comme un intrus. Mais cette solitude est aussi le moment où le malade n'est pas encore pris dans le système médical. Le malade, seul avec sa maladie, est encore dans son monde familial (même si la maladie vient troubler la familiarité qu'il éprouvait avant avec son corps) par opposition au monde étranger incarné par les représentants de la science médicale (ce monde médicalisé qui va poser un regard extérieur par rapport à son vécu subjectif).

Il en découle que le malade est en quelque sorte libre par rapport au système médical, car sa maladie n'est pas médicalisée, pas encore étiquetée. On comprend alors qu'un malade n'est pas forcément un patient : il le devient lorsqu'il désire guérir avec l'aide du corps médical.

⁴⁶¹ GROSS Olivia, « Patient-expert en ETP », consultable en ligne <https://www.socsete.org/comment-expliquer-le-mouvement-qui-a-conduit-a-integrer-des-patients-comme-84>, 2019.

⁴⁶² CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Quadrige, 2007.

Quel que soit le mode d'entrée dans le vécu de patient, la condition pour le devenir est nécessairement l'entrée en relation avec un professionnel de la santé. Alors que le malade est situé à l'extérieur du champ médical, le patient y est inclus.

Il s'agira dans ce chapitre de définir comment le patient au sein de son parcours de vie, en proie avec la maladie, chemine dans son parcours de soin jusqu'à sa participation à un atelier. Y seront développés les principes de sélection nécessaire à l'intégration de ces ateliers et les spécificités que cela implique dans le soin en psychiatrie.

Comment le patient est-il pris en compte durant l'élaboration du projet ?

Le parcours de soins en psychiatrie publique

La prise en charge publique de la maladie psychiatrique de l'adulte s'organise en France entre des unités d'hospitalisation et des unités ambulatoires (centres médico-psychologiques (CMP), hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ...). Le patient est accueilli par une équipe pluridisciplinaire afin de recevoir des soins articulant traitements psychotropes et traitements par la parole : suivis, psychothérapies individuelles et dispositifs de groupe.

Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) en 2014, sur l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie, la majorité bénéficie d'une prise en charge ambulatoire où les soins se font dans une structure d'accueil de jour. Le taux de recours en soins ambulatoires est en effet 4,3 fois plus important qu'en hospitalisation, avec respectivement 2965, contre 680 patients pour 100 000 habitants. En 2014, les trois quarts des actes réalisés sont des entretiens et près des deux tiers sont effectués en centre médico-psychologique (CMP). Ils peuvent également avoir lieu en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (12 %), au domicile du patient (7 %), en unité d'hospitalisation somatique (5 %), en établissement pénitentiaire (4 %), ou encore dans d'autres lieux (12 %).

L'orientation vers une unité d'hospitalisation ou une unité ambulatoire dépend de l'état psychologique et psychopathologique de la personne, c'est-à-dire du besoin de contenance requis par son degré de désorganisation et de souffrance psychique. Les unités d'hospitalisation reçoivent ainsi les patients en état de décompensation psychique, de crise. Les CMP, quant à eux, assurent la continuité des soins une fois le patient sorti d'hospitalisation mais proposent également des prises en charge à des habitants du secteur n'ayant pas connu d'hospitalisation.

De par cette organisation de la psychiatrie, j'ai pu constater schématiquement deux modes principaux de parcours de soins. Soit le patient arrive aux soins dans le cadre d'une décompensation aiguë d'une pathologie psychiatrique ou chronique (décompensation d'une

schizophrénie, d'un trouble de l'humeur par exemple) et son entrée ou son retour dans le parcours de soins passe par une phase initiale d'hospitalisation complète. Une fois la pathologie stabilisée, il accède à des soins ambulatoires pour consolider son rétablissement, pour bénéficier de traitements psychosociaux et poursuivre ses soins dans le cadre d'une pathologie chronique. Soit le patient présente une pathologie psychiatrique générant une souffrance psychique mais avec des symptômes moins intenses et compatibles avec la poursuite de sa vie sociale, et il bénéficiera dans ce contexte de soins dits ambulatoires.

Malgré ce schéma simplifié, le parcours de soin du patient est toujours singulier. La notion de parcours en psychiatrie et santé mentale est récente et encore peu usitée. Elle regroupe une dimension du « prendre soin » qui implique aussi bien les patients eux-mêmes que les familles, les aidants, les soignants du sanitaire et du médico-social et les acteurs de l'environnement social. Le parcours ne se réduit pas au seul circuit observable des personnes dans le système de santé. Il est avant tout la résultante visible de l'ensemble des interactions qui se jouent entre les organisations (structures et professionnels) et des usages qu'en font les acteurs, patients et aidants.

Comment le patient arrive dans un atelier ?

C'est en aval d'une hospitalisation. Pour moi ça a été une reprise de contact avec l'extérieur. J'ai fait deux hospitalisations, des hospitalisations assez longues. Je suis resté quatre mois et je suis rentré chez moi directement et ça ce n'est pas bien passé. Les premières semaines j'ai pas réussi à m'adapter. A la sortie de la deuxième hospitalisation le psychiatre m'a conseillé d'aller au centre de jour. Cela m'a servi de sas. Il y a très peu de personnes qui viennent directement de l'extérieur. C'est souvent après une hospitalisation⁴⁶³.

Comme le témoigne ce patient, la majorité des participants des ateliers théâtre y ont accès soit pendant soit dans les suites d'une hospitalisation une fois la pathologie stabilisée. Cela est repris par cet autre patient, « je suis venu dans l'atelier après une hospitalisation complète. Au début pour moi c'était très compliqué. J'avais peur de faire du théâtre. Finalement ce n'est pas du tout ce que je pensais. C'est un atelier où j'ai pu m'épanouir⁴⁶⁴. » Les ateliers à visée psychothérapeutique (psychodrame, dramathérapie) peuvent toutefois être proposés

⁴⁶³ MR DUMAS, « Entretien du 26 avril 2019 ».

⁴⁶⁴ MME YAGOUB, « Entretien du 3 mai 2019 ».

également pour des patients ayant un parcours de soins ambulatoires, en première intention ou dans l'alternative de soins individuels, quand la dimension groupale de soins peut avoir un bénéfice pour le patient notamment vis-à-vis de la déstigmatisation du soin ou de la pathologie.

La pratique théâtrale préalable ou en dehors du contexte de soins est à la marge chez les participants aux ateliers, comme le témoigne cet intervenant : « Les patients viennent souvent de milieux défavorisés et n'ont pas de pratique de l'art. Ce n'est pas une priorité dans leurs vies⁴⁶⁵. » Dans les situations observées, la pratique théâtrale ne paraît donc pas entrer en ligne de compte dans la sélection et l'inscription d'un participant en dehors de son désir propre vis-à-vis de cette pratique.

L'implication du patient dans l'élaboration du projet d'atelier théâtre est très diverse. Dans l'héritage de la psychothérapie institutionnelle, le patient peut être à l'origine de celle-ci comme en témoignent ces professionnels. « Ce sont vraiment les patients qui vont aux réunions et proposent des choses. C'est plus direct que cela. Ce n'est pas des représentants d'usager. C'est l'usager lui-même qui devient acteur⁴⁶⁶. » Ou encore « Quand on a un projet c'est les patients les premiers acteurs c'est eux qui vont faire évoluer le projet⁴⁶⁷. » Si bien souvent, comme cela a déjà été explicité, l'entrée d'un patient dans un atelier théâtre se fait sur prescription/indication médicale, l'héritage et la pensée de la psychothérapie institutionnelle visent toutefois à mettre le patient au centre de la décision, de son parcours de soin et de l'institution. La conception actuelle du patient n'est donc pas nouvelle, mais confrontée à la réalité de terrain elle a eu besoin d'être redéfinie. Il est remarquable que parfois un atelier a été créé dans un certain contexte à l'initiative ou non des patients avec une certaine philosophie ou avec un objectif défini à un temps T, et que celui-ci se poursuive malgré les changements de patients, d'intervenants sans que la dynamique initiale perdure, questionnant ici le bien-fondé de celui-ci. Ce phénomène a été étudié notamment par José Bleger, psychanalyste argentin.

Par ailleurs, comme tout groupe, l'institution se base également sur un type de relation fondée sur l'indifférenciation et la non-individuation, dénommée « sociabilité syncrétique » par J. Bleger (2012). Pour préserver ces fonctions secondaires à la tâche primaire qui fonde sa raison d'être, l'institution risque

⁴⁶⁵ MME VOCANSON, « Entretien du 6 avril 2018 ».

⁴⁶⁶ MME ROSSIGNOL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

⁴⁶⁷ *Ibid.*

de privilégier son organisation aux dépens du soin. L'organisation se perpétue ainsi pour elle-même et la réalisation de ses objectifs premiers devient assujettie à cette perpétuation⁴⁶⁸.

Cette problématique de la temporalité et du maintien de l'objectif initial de l'atelier est bien illustrée par les propos de cet intervenant, et nous ramène à la problématique de sélection des patients.

Dans le cadre du projet Culture et Santé, c'était différent. Ce sont des patients plutôt de journée dans l'unité d'ergothérapie, en hôpitaux de jour. On gardait toujours la question du cheminement des hôpitaux de jour où les ateliers pouvaient être pensés, réfléchis avec le patient pour faire avancer et pour trouver du sens. Ça pose toutes les questions inhérentes au choix des ateliers. Il y avait une réflexion entre des patients et des soignants sur des orientations. Comme on est dans un système de validation, il y a des difficultés liées à la temporalité de la psychiatrie. Si un patient va mieux, est-ce qu'il a intérêt à continuer l'atelier. Il y a des patients qui ont souhaité continuer car ils avaient un intérêt d'être avec le groupe. Il y a des patients qui, pour des raisons d'hospitalisation, ont dû arrêter. C'est très compliqué car dans ces cas-là l'atelier ne primera pas. Ce sont les professionnels de santé qui vont juger du projet de soins toujours avec des patients qui sont volontaires. Tout ce rapport du temps est problématique⁴⁶⁹.

La sélection des patients

Les différents entretiens avec les professionnels ont permis de dégager plusieurs types de sélection en fonction de différents critères. La première constatation a été que l'organisation même de l'atelier conditionne parfois son accessibilité aux patients. En effet, si l'atelier est dans un certain service, il concernera les patients de cette unité. La notion de sectorisation peut comme dans les soins prévaloir pour l'accès à un atelier. Par ailleurs il existe des structures de soins voire des ateliers dits intersectoriels, dont l'accès sera possible pour tous les patients indépendamment de leur lieu d'habitation et de soins. J'ai également pu découvrir l'existence de services culturels qui, dans cette perspective intersectorielle, sont des services à part entière au sein d'un établissement et s'adressent donc à tous les patients de celui-ci.

On ne fait pas de sélection de patients puisque la particularité de la ferme du Vinatier est que nous sommes un service culturel ouvert à tous. Généralement les personnes qui participent à nos projets sont des patients qui sont stabilisés, qui ont la possibilité de venir par eux-mêmes. Cela ne permet pas de

⁴⁶⁸ M. Constantin-Kuntz, É. Pons, B. Artaud, et al., « Parcours de soin en psychiatrie adulte », art cit.

⁴⁶⁹ MR CELLIER, « Entretien du 3 juillet 2019 ».

toucher l'ensemble des patients qui sont suivis à l'hôpital. On développe donc d'autres dispositifs pour toucher ces publics⁴⁷⁰.

En dehors de cet accès « libre » comme à la ferme du Vinatier, le principe du volontariat des patients paraît très fréquemment utilisé pour s'inscrire à un atelier. En effet, il est proposé à des patients en soin un atelier théâtre auquel ils sont libres de participer ou non.

Les patients étaient volontaires pour pouvoir travailler sur cet atelier. Ils étaient encadrés par des infirmiers qui étaient néophytes. On a commencé à travailler un certain nombre de choses. On était dans le cadre d'un projet thérapeutique. On travaillait beaucoup sur des travaux d'improvisation et puis sur les relations des uns envers les autres⁴⁷¹.

Avec le principe d'accès à l'atelier par le volontariat se pose la question pour les intervenants de la motivation du patient, cela d'autant plus que dans certaines pathologies la motivation peut être altérée par ce qu'on appelle l'aboulie (absence ou diminution de la volonté) ou l'anhédonie (perte de plaisir). « Ils sont issus de plusieurs CMP et d'un centre de jour. Les soignants les motivent à venir, les obliger c'est compliqué⁴⁷². » Ce manque de motivation, ou cette motivation très soutenue par les équipes soignantes, peut parfois être problématique pour la réelle implication du patient au sein de l'atelier et par extension du déroulement de celui-ci. Ainsi en témoigne cet autre intervenant ayant dû faire face à des participants ne paraissant pas comprendre le but de leur présence :

Je ne sais pas exactement si les patients étaient invités ou si on les motivait. On a vu plusieurs soignants qui envoyaient des personnes qui ne savaient pas du tout ce qu'elles allaient faire. Peut-être elles n'avaient plus leur tête. On a passé du temps à expliquer alors qu'ils ne comprenaient pas forcément toutes les restitutions⁴⁷³.

Dans d'autres situations, la motivation ou le choix du patient n'est pas au premier plan, mais le patient est adressé directement par les professionnels le prenant en charge. Dans ces cas, une rencontre avec les intervenants est réalisée pour vérifier la bonne adéquation du patient avec le projet.

Les partenaires extérieurs nous envoient les jeunes (collège, pédopsychiatrie, services éducatifs et sociaux). Les professionnels prennent rendez-vous avec le conseil de coordination, font une

⁴⁷⁰ MME SIMON, « Entretien du 1 juillet 2019 ».

⁴⁷¹ MR CELLIER, « Entretien du 3 juillet 2019 ».

⁴⁷² MR DUPONT, « Entretien du 25 novembre 2017 ».

⁴⁷³ MME SYLVESTRE, « Entretien du 25 juin 2018 ».

présentation du jeune et de sa famille. On est très accueillant donc on ne dit pratiquement jamais non. Ensuite le jeune vient avec sa famille et choisit deux ateliers pour une année⁴⁷⁴.

Comme nous venons de le voir, le recrutement se fait finalement assez fréquemment par un tiers, dans la majorité des cas par l'équipe soignante ou le psychiatre du patient. « Je ne fais pas de sélection. Ce sont les psychiatres qui prescrivent l'atelier, donc je trouve étonnant qu'il n'y ait pas de vocation thérapeutique⁴⁷⁵. » Cela pose la question de la vocation culturelle ou soignante des ateliers, qui sera développée plus en détails dans la partie suivante. Quand la sélection se fait par un tiers, le patient et son désir de participer ne sont pas au premier plan. La question des critères de sélection se pose alors. Parfois ils sont médicaux. Parfois ils se font sur des bases artistiques, comme le rappelle cette infirmière. « On a aussi de l'art thérapie dans l'établissement mais les patients sont sélectionnés pour leurs talents⁴⁷⁶. »

Parfois les critères de recrutement paraissent plus en lien avec les besoins de l'intervenant ou l'organisation de l'atelier.

Quand on fait un atelier on fixe le nombre de personnes en fonction du nombre d'encadrants. Ensuite on réfléchit dans des réunions qui sont dirigées par un psychiatre et on décide à qui l'atelier pourrait s'adresser, convenir. On a tant de places. Ensuite dans l'idéal les patients sont contactés individuellement : voilà on a pensé à vous pour tel atelier est-ce que ça vous dit ? C'est important que des gens refusent. C'est important qu'on ne soit pas contraint à être exposé sur la scène et à être dans un espace thérapeutique. Les personnes doivent être volontaires. Cela n'empêche pas qu'au sein d'une équipe il y ait des préconisations pour tel ou tel patient. Il existe aussi des ateliers ouverts où la personne s'inscrit par elle-même. Dans les espaces de soin on va demander un engagement sur la durée et on a un nombre fixé d'avance. On n'a pas de personne en trop⁴⁷⁷.

La question du nombre de places qu'il faut « remplir » pour le bon déroulé du projet, de l'atelier fait partie, comme évoqué plus haut, des critères d'organisation les plus retrouvés. De même que le besoin de stabilité du groupe, il est dans ce contexte bien souvent établi une rigueur dans l'assiduité. Pour que certains ateliers puissent fonctionner, il faut que les personnes soient présentes régulièrement pour plusieurs raisons (texte, avancé du travail commun...). Dans les groupes dits ouverts à contrario, le patient peut venir ou sortir du groupe quand il le souhaite, lui laissant plus de liberté mais générant parfois une contrainte pour l'intervenant. « Les

⁴⁷⁴ MME BEAL, « Entretien du 18 septembre 2018 ».

⁴⁷⁵ MR GAUTHIER, « Entretien du 12 juin 2018 ».

⁴⁷⁶ MME VOCANSON, « Entretien du 6 avril 2018 ».

⁴⁷⁷ MME ZIMMERMAN, « Entretien du 19 novembre 2019 ».

infirmiers participent. Il y a douze inscrits. Les patients changent. Il y a une préconisation médicale. Il y a quelques patients chroniques mais maintenant il y a beaucoup d'entrées et de sorties. Si le patient n'évolue pas, le médecin considère que la structure n'est pas adaptée⁴⁷⁸. »

Finalement, l'accès à l'atelier peut être défini par l'organisation même du service, comme en témoigne ce patient, qui a vu deux organisations différentes du centre de jour l'accueillant, avec les avantages et inconvénients qui en découlent.

« Pour la sélection des patients c'est un roulement. Le système tel qu'il est fait t'oblige à passer partout. On a connu l'époque au début du centre de jour où on choisissait. Il y avait moins de patients et moins d'activités. On s'arrangeait entre patients, on choisissait notre groupe. Le nouveau système a la vertu de te faire aller où tu n'irais pas forcément. Si jamais il y a un gros problème on peut te demander de ne pas aller dans l'atelier⁴⁷⁹. »

Dans la majorité des situations rapportées à ma connaissance il n'y a pas de protocole d'admission établi par les instances ou les services, la sélection paraît donc plutôt subjective. « La sélection des patients n'était pas instituée au sens qu'il ne fallait pas répondre à un questionnaire ou je ne sais quoi. C'était dans la relation avec les patients, que ce soit les médecins, les infirmiers, les psychologues, les animateurs, on sentait ce qui était possible pour un patient ou ne l'était pas mais certainement pas par rapport à une référence cognitiviste⁴⁸⁰. » En effet, il n'existe pas de référentiel d'indications pour guider les professionnels. La sélection des participants est donc le plus fréquemment réalisée par l'équipe médicale. Cela oblige les intervenants à s'adapter. Dans la majorité des cas une bonne relation est entretenue avec les équipes soignantes. Malgré cela la sélection peut parfois être problématique : les enjeux animant les soignants et les intervenants n'étant pas superposables.

Cette question de la sélection n'est-elle toutefois pas une aberration au regard des droits culturels puisque les politiques publiques ayant initié ces pratiques ont pour dessein de répondre à ce droit fondamental, partie intégrante de l'ensemble des droits de l'homme, universels, indivisibles et interdépendants ? Ces droits sont définis dans l'article 103 de la Loi NOTRe : « La responsabilité en matière culturelle est exercée conjointement par les collectivités

⁴⁷⁸ MR GOIGOUX, « Entretien du 17 septembre 2018 ».

⁴⁷⁹ MR DUMAS, « Entretien du 26 avril 2019 ».

⁴⁸⁰ MR PIAGET, « Entretien du 21 octobre 2019 ».

territoriales et l'État, dans le respect des droits culturels énoncés par la convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles du 20 octobre 2005. »

Quels types de maladies psychiques prédisposent à être inscrits dans un atelier ?

Une typologie délicate

Pour saisir l'essence de ce questionnement il faut d'abord bien comprendre ce qu'est la typologie dite nosographie des maladies psychiques. La nosographie des maladies mentales, c'est-à-dire l'identification des signes cliniques et leur regroupement au sein d'une maladie définie, a de tout temps posé de délicats problèmes d'interprétation, eux-mêmes souvent liés aux représentations des troubles mentaux dans la société. La tentative de classification des pathologies psychiatriques est une affaire ancienne : dès le XVIIIe siècle, les maladies étaient classées de la même manière que les espèces animales et végétales. Après plusieurs tentatives, notamment en France et en Allemagne, au XIXe siècle de classer les maladies mentales en fonction de facteurs étiologiques et pathogéniques connus ou supposés, les psychiatres classent les psychoses et les névroses en fonction de leur symptomatologie clinique et de l'évolution de celle-ci dans le temps depuis leur début jusqu'au stade terminal. En 1893, un comité présidé par Jacques Bertillon (Chef des Travaux Statistiques de la Ville de Paris) proposa au Congrès international de statistique de Chicago, une « Nomenclature des maladies » permettant de les classer pour classer-recueillir les données statistiques épidémiologiques au niveau international sur un modèle de classification des causes de décès. Cette classification a fait l'objet de cinq révisions décennales jusqu'en 1938. Dans l'entre-deux-guerres, les révisions furent effectuées par le Bureau Santé de la Société des Nations. Puis après la fondation en 1945 de l'OMS, celle-ci se vit confier l'évolution et la mise à jour de la classification qui devient en 1948 la Classification Internationale des Maladies (CIM), lors de sa sixième révision, cessant en effet de ne répertorier que les causes de décès pour s'intéresser de façon plus générale à la morbidité. La CIM-9 ayant vu le jour en 1975, la CIM-10 a rompu le rythme décennal des révisions. L'un des motifs en est l'importance des modifications effectuées. L'OMS avait prévu que les révisions décennales seraient remplacées par des mises à jour. La première a été publiée en 1996, suivie d'autres selon un rythme annuel. Les travaux pour l'élaboration de la dixième révision (CIM-10, en anglais : ICD-10) ; actuellement utilisée et dont le chapitre particulier V est réservé aux troubles mentaux, ont commencé en 1983 et ont été achevés en 1992. La version 11 rentrera en vigueur le 1er janvier 2022, elle est entièrement électronique.

En parallèle, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, le besoin de disposer d'un outil permettant de rationaliser les diagnostics a poussé l'Association américaine de psychiatrie à lancer un vaste travail de classification. Celui-ci a abouti à la publication d'un autre Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; DSM), spécifique donc aux maladies mentales. Le DSM-I (1952) puis le DSM-II (1968) sont largement inspirés par les théories psychologiques et psychanalytiques. Le DSM-III marque une rupture. Sous l'impulsion de Robert Spitzer, il s'adapte à la montée en puissance de la psychiatrie dite biologique, en adoptant une classification plus standardisée des maladies psychiatriques, reposant sur des critères diagnostiques précis et avec une formulation proche du langage médical classique. Publié en 1980, à un moment de reflux de la pensée psychanalytique aux États-Unis, le DSM-III devient rapidement un outil de référence pour le diagnostic des maladies mentales. Pour de nombreux psychiatres, il représente la « bible » qui va les aider à différencier le normal du pathologique. Plusieurs révisions et éditions se sont succédées depuis lors, DSM-IV puis DSM-5 utilisé actuellement et faisant l'objet de nombreuses controverses par l'élargissement massif des catégories diagnostiques.

Finalement les classifications actuelles ont une visée très statistique et une vision biologique de la maladie mentale. Il persiste toutefois, dans la pratique clinique actuelle, l'utilisation d'autres nomenclatures visant un système de classification plus psychopathologique comme la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) dans le domaine de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent⁴⁸¹. Ces classifications se veulent complémentaires. D'après les psychanalystes Jean Garrabé, Bernard Golse et Roger Misès, elle ambitionne de tenir compte des diversités et des particularités de chaque enfant et adolescent présentant des troubles et, en cela, s'oppose au courant behavioriste qui est, selon eux, en vigueur dans les CIM et DSM. Ils qualifient par ailleurs le DSM de « carcan ». « Cette étude montre qu'il n'est possible de proposer une classification des maladies mentales qu'en fonction du développement de la psychiatrie au moment où elle est élaborée ; elle n'est valable que dans le contexte culturel du pays où elle doit être utilisée⁴⁸². »

⁴⁸¹ MISES Roger, *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012: correspondance et transcodage CIM10*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2012.

⁴⁸² GARRABE Jean, « Nosographie et classifications des maladies mentales dans l'histoire de la psychiatrie », in *L'Évolution Psychiatrique*, n° 1, vol. 79, janvier 2014, p. 5-18.

Les pathologies concernées par les ateliers théâtre

De nombreuses pathologies prédisposent à la participation à un atelier théâtral. L'utilisation d'une médiation comme le théâtre peut trouver un intérêt lorsque le rapport à un soin direct comme la psychothérapie est entravé par la pathologie, ce qui est le cas dans nombre de pathologies psychiatriques.

Historiquement, l'art-thérapie était associée aux psychoses chroniques dont le trouble schizophrénique. Actuellement, en dehors des poussées processuelles, des médiations artistiques peuvent être proposées aux patients schizophrènes, tout en sachant que ce n'est pas une indication préférentielle car potentiellement dangereuse. Aujourd'hui, les thérapies à médiation artistique s'adressent essentiellement aux pathologies névrotiques, lorsque le degré d'insight des patients est relativement faible et lorsque l'expression verbale n'est pas un mode d'échange efficient⁴⁸³.

En effet, de par le lien étroit entre l'émergence des pratiques théâtrales et la psychiatrie institutionnelle, cette pratique s'est initialement développée dans le cadre des patients dits institutionnalisés, soit plus particulièrement les pathologies chroniques dont la schizophrénie arrive au premier plan.

Ces pratiques s'étant démocratisées, elles se sont par la suite adressées à d'autres types de troubles. Dans les troubles du comportement alimentaire et pour toutes les pathologies où une alexithimie (un déficit de l'affect /émotionnel) est prédominante, l'approche psychodynamique est rarement efficace comme traitement de première intention ⁴⁸⁴ . Parallèlement à une prise en charge alimentaire, l'utilisation d'une médiation permet de mieux faire face aux difficultés particulières que représentent le déni, l'évitement, la séduction, la rationalisation, pour la mise en place d'une psychothérapie. La communication et l'expression non verbales sont alors des atouts majeurs pour initier un lien entre le patient et sa vie fantasmatique (manifestation consciente ou inconsciente du désir).

⁴⁸³DUBOIS Anne-Marie, « Les psychothérapies à médiation artistique », in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, n° 1, vol. 178, janvier 2020, p. 48-51.

⁴⁸⁴LEVENS Mary, *Eating Disorders and Magical Control of the Body: Treatment Through Art Therapy*, Londres, Psychology Press, 1995, 164 p.

Dans les états dépressifs (en dehors des périodes d'inhibition intense) il est à noter que des prises en charge à médiation théâtrale peuvent être mises en place bien avant la disparition de la symptomatologie dépressive et qu'elles améliorent celle-ci⁴⁸⁵.

Enfin des thérapies à médiations artistiques sont de plus en plus souvent proposées dans les évolutions déficitaires (états démentiels et pré-démentiels). L'accent est mis sur l'aspect relationnel, culturel, et sur la possibilité de favoriser l'émergence de souvenirs et d'affects ; l'accent est aussi mis sur l'amélioration des cognitions et des déficits des fonctions supérieures grâce à des pratiques structurées et grâce à des liens thérapeutiques étayants⁴⁸⁶

Les états déficitaires, dans le cadre de troubles d'une affection neurologique de type démence mais qui sont parfois également l'évolution naturelle de certains troubles psychiatriques comme le trouble schizophrénique dans certaines formes, peuvent également être des indications de participation à un atelier théâtre pour les raisons sus citées.

Pratique et temporalité

Une même entité diagnostique peut recouvrir des réalités tout à fait différentes : que ce soit en termes de sévérité des symptômes et donc des soins nécessaires (hospitalisation complète, hôpital de jour, suivi ambulatoire en consultation, nécessité d'une thérapeutique...) mais également en termes de retentissement dans le champ social (rupture lien social, familial, perte d'emploi...). Une « même pathologie » en terme diagnostique peut d'une part générer des besoins de soins et d'accompagnement très différents chez la personne et d'autre part relever de soins également très différents. La question de l'accès aux soins et de l'offre disponible dans le secteur de prise en charge du patient entre ici aussi en jeu dans son éventuelle participation à ce type d'atelier.

Quelle que soit l'indication, ces thérapies commencées parfois pendant les hospitalisations doivent être poursuivies en ambulatoire. Des prises en charge au long cours sont souvent indispensables pour qu'un réel engagement des patients soit possible et qu'un processus de changement puisse s'amorcer. Néanmoins, dans la grande majorité des institutions, le problème des indications ne se pose pas vraiment. D'une part car les psychothérapies à médiation artistique ne sont pas intégrées aux dispositifs thérapeutiques ou psychothérapeutiques ; d'autre part parce que des unités thérapeutiques

⁴⁸⁵DALLEY Tessa, RIFKIND Gabrielle et TERRY Kim, *Three Voices of Art Therapy: Image, client, therapist*, Londres, Routledge, 2013, 188 p.

⁴⁸⁶A.-M. Dubois, « Les psychothérapies à médiation artistique », art cit.

spécialisées et disposant de différentes médiations artistiques (arts plastiques, musique, théâtre, danse, écriture), sous la responsabilité de psychothérapeutes spécifiquement formés, n'existent que rarement en Europe⁴⁸⁷

La pratique théâtrale est inscrite dans ce processus de soin institutionnel comme l'affirme cette soignante : « Pour moi ce n'est pas en intersectoriel comme les autres activités, c'est le secteur pour mon hôpital de jour. HDJ sans orientation, il dépend du secteur. Tout type de pathologie : schizophrénie, Korsakoff, syndrome anxiodépressif⁴⁸⁸. » On voit bien que cette pratique n'est pas identifiée comme une activité en tant que telle pouvant être ouverte et proposée à n'importe quel patient (notion d'intersecteur) mais relève de l'accompagnement par les soignants de l'unité. Elle s'ancre dans une prise en charge de secteur de type hôpital de jour. Cela nous ramène donc également au type de pratique proposé et de ce qu'il en est attendu pour le patient mais également par les intervenants ou soignants qui l'engagent.

Du type de pathologie à l'indication

De par la complexité de classification des pathologies et leur expression propre à chaque patient, la notion d'indication d'un atelier théâtre pose ici question. « Comment évaluer l'indication ? L'art-thérapie va être proposée à tel ou tel patient, quelquefois *autoritairement*. Il peut s'agir du bon chemin. Toutes les pathologies peuvent en bénéficier. [...]»⁴⁸⁹. » Dans les expériences d'observation en milieu psychiatrique, quand il y a une visée psychothérapeutique à la pratique théâtrale (psychodrame, dramathérapie, médiation artistique thérapeutique...), la réflexion sur le type de pathologie paraît malgré tout centrale dans une perspective de protection des patients notamment de décompensation psychotique.

Un entretien d'évaluation s'avère indispensable avant tout engagement dans un atelier de thérapie à médiation artistique. Il a pour but de déterminer si une psychothérapie est nécessaire et possible pour un patient. [...] S'il s'avère qu'une médiation est nécessaire pour qu'une psychothérapie soit réalisable, se posent alors le choix de la médiation et la question d'une prise en charge individuelle ou groupale. De nombreux autres critères permettent de préciser l'indication : le désir du patient pour telle ou telle pratique artistique est important mais non suffisant. Son intérêt pour l'art et le niveau d'une

⁴⁸⁷ DUBOIS Anne-Marie, *Art-thérapie, Principes, méthodes et outils pratiques,1: Art-thérapie*, Amsterdam, Elsevier Health Sciences, 2013, 166 p.

⁴⁸⁸ MME VOCANSON, « Entretien du 6 avril 2018 ».

⁴⁸⁹ P. Moron, J.-L. Sudres et P. Roux, *Creativite et art-therapie en psychiatrie, op. cit.* P.212

éventuelle pratique personnelle sont à considérer ; tout en sachant qu'une trop grande expertise dans un domaine artistique peut constituer une modalité défensive. De plus, de nombreuses demandes actuelles, émanant directement des patients, sont souvent des allégeances à une mode ou à des techniques assimilées à tort à des médecines douces ; la structure psychique du patient ainsi que ses principaux moyens de défense sont des éléments qui permettent d'orienter vers une médiation plutôt que vers une autre [...] la connaissance des prises en charge antérieures permet de situer l'évolution du patient, de ses symptômes et le niveau de changement qui est attendu. Une thérapie à médiation artistique doit s'intégrer dans une prise en charge globale. Dans la pratique, une thérapie à médiation artistique est souvent indiquée au contraire à la suite d'une autre forme de psychothérapie : les médiations mettant en jeu le corps et les interactions relationnelles tels que le théâtre ou la danse sont intéressantes dans cette occurrence ; les traitements actuels, chimiothérapies, autres psychothérapies éventuellement déjà en cours, sont à connaître. La multiplication d'approches différentes pour un même patient doit respecter un ordre des priorités pour que puisse être proposé le bon traitement au bon moment, et pour que des redondances d'indication ne constituent pas des possibilités d'évitement. En définitive il serait dangereux et erroné d'établir des liens directs entre telle ou telle pathologie, tel ou tel symptôme et l'utilisation d'une médiation particulière. C'est l'ensemble des questionnements et des facteurs évoqués plus haut qui va aboutir à une indication précise⁴⁹⁰.

L'atelier théâtre s'intéresse à la personne du patient plus qu'à la pathologie. Donc plutôt que de réfléchir en termes de type de maladie psychique, il est plus pertinent de penser besoin ou bénéfique pour le sujet quelle que soit la pathologie dont il souffre, en prenant en compte ses particularités psychopathologiques comme sus citées. Cela tente d'être fait par les praticiens. « J'ai un blocage social pour aller vers les gens. Le théâtre me permet de faire partie d'un groupe, de me sentir plus intégrée⁴⁹¹. » Comme en témoigne cette patiente, la pratique théâtrale répond là très clairement à son besoin personnel de socialisation. Cette nécessité de lien social est à mettre en lien avec sa pathologie psychique qui peut être à l'origine d'une vraie phobie sociale.

⁴⁹⁰ A.-M. Dubois, « Les psychothérapies à médiation artistique », art cit.

⁴⁹¹ MME MOREAU, « Entretien du 23 mai 2019 ».

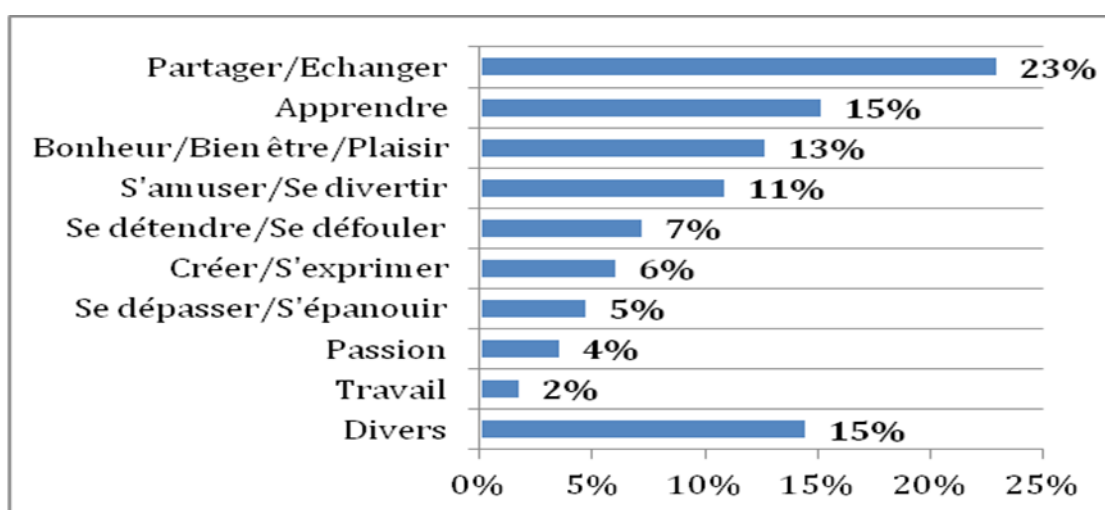
Regards des patients sur les ateliers

Objectifs du participant

Des objectifs divers et multiples

Les entretiens auprès des patients m'ont permis de me rendre compte que les objectifs de ces derniers sont finalement assez variés. Il s'agit de pratiquer une activité artistique, d'améliorer l'estime de soi, de créer collectivement un spectacle, d'acquérir des techniques de diction et de prendre du plaisir. Ce sont autant d'objectifs relevés au cours de mon enquête.

La notion de plaisir semble être un désir partagé par plusieurs patients. Le but est de « passer un bon moment de convivialité avec les autres patients⁴⁹² ». Cette volonté de partager une activité dans la bonne humeur se retrouve dans l'ensemble des projets étudiés. C'est là une valeur partagée par tous. Selon les statistiques en la matière, cela rejoint une des motivations premières de tout groupe de théâtre amateur⁴⁹³.



Le travail sur soi est aussi apparu. Il s'agit d'une introspection qui permet de mieux se connaître. On retrouve cette question de l'introspection à travers la recherche d'un personnage. « Avec la question thérapeutique, il y avait cette histoire de chercher le personnage. Chez moi

⁴⁹² MR BODMER, « Entretien du 18 septembre 2018 ».

⁴⁹³ DJAKOUANE Aurélien, *Étude relative aux pratiques théâtrales non professionnelles*, Paris, DGCA/culture partagée, 2013, 227 p.

ça me faisait réfléchir. Est-ce qu'il doit être comme ci, comme ça ? C'était comme une introspection personnelle. Rentrer dans un personnage fait réfléchir sur soi⁴⁹⁴. » C'est dans la pratique théâtrale un exercice très souvent abordé. C'est là aussi une fonction évoquée comme majeure pour la pratique amateur, à travers la notion d'*otium* (loisir studieux) développée par la sociologue Marie-Madeleine Mervant-Roux⁴⁹⁵. Le sociologue des loisirs Joffre Dumazedier parle quant à lui de loisir ipsatif pour indiquer qu'il est orienté vers le développement de la personne (en pédagogie, le terme désigne le type de test qui mesure et compare les performances antérieures et postérieures d'un sujet à une activité).

Enfin, il s'agit de se dépasser, se désinhiber, gagner en confiance. C'est un autre objectif énoncé par les participants, le dépassement de soi. Il relève du souhait d'acquérir une plus grande confiance afin de réussir à s'ouvrir aux autres comme le rapporte ce participant : « me désinhiber par rapport à l'extérieur⁴⁹⁶ » ou celui-ci « vaincre une timidité⁴⁹⁷. » Parfois, cet objectif paraît avoir été énoncé par un tiers comme étant le but de la participation à un atelier théâtre, comme l'exprime cette patiente qui paraît se l'être approprié « Ici on se dit le théâtre va m'aider à m'exprimer, à m'imposer, à avoir confiance en moi⁴⁹⁸. »

Des objectifs qui évoluent avec la pratique

On constate parfois également un décalage entre l'objectif initial du patient et l'évolution de celui-ci ou de son vécu lorsqu'il est confronté au groupe et aux autres individualités. Cette relation au groupe est essentielle dans un atelier théâtre.

La dynamique groupale oscille ainsi entre tendance à la normalisation et recherche utopique de solution. [...] Pour certains, il s'agit de changer l'image de soi, et ce travail identitaire est l'un des changements les plus risqués pris par les participants. Pour d'autres, ce sera la représentation de soi, le regard d'autrui sur soi qui sera modifié au travers des réactions du groupe⁴⁹⁹.

⁴⁹⁴ MME MOREAU, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁴⁹⁵ MERVANT-ROUX Marie-Madeleine, *Du théâtre amateur: approche historique et anthropologique*, Paris, CNRS, « Arts du spectacle. Spectacles, histoire, société », 2004, 380 p.

⁴⁹⁶ MME MOREAU, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁴⁹⁷ MME YAGOURB, « Entretien du 3 mai 2019 ».

⁴⁹⁸ MME MOREAU, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁴⁹⁹ BACQUE M.-F., « Le groupe thérapeutique. Approche intégrative : E. Marc et C. Bonnal, Dunod, 2014 », in *Psycho-Oncologie*, n° 1, vol. 9, mars 2015, p. 64-65.

En effet, comme cela est décrit par la psychologue Marie-Frédérique Bacqué, les réactions et le fonctionnement du groupe modifient aussi le vécu du patient. Ces phénomènes de dynamique de groupe ont été théorisés notamment par Kurt Lewin, psychologue américain spécialisé dans la psychologie sociale, et se trouvent également bien illustrés par le propos de cet intervenant.

Il y a eu une exclusion volontaire décidée par le groupe car un patient nous disait que sans lui on ne pourrait pas monter de projet. On a ensuite travaillé sur une succession de sketches avec la question de l'atelier thérapeutique. C'est quoi la production dans un atelier thérapeutique. On est propriétaire de cette production d'autant qu'elle peut être mise en commun. Puisqu'elle est mise en commun tout le monde est propriétaire. On a décidé de monter sur scène à l'extérieur de l'hôpital avec l'intégration d'une association qui nous permettait de nous libérer de tout l'administratif. Si on veut aller jouer ailleurs il faut qu'on gagne du pognon. Si on veut gagner du pognon on va se produire. Si on se produit on va faire payer les places et on ne sort pas avec une banderole les fous sont sur scène⁵⁰⁰.

Dans cette expérience, la dynamique de groupe a généré une exclusion afin de pouvoir poursuivre l'objectif commun d'une présentation de la création de l'atelier. Le dessein des participants était de pouvoir se produire dans un autre cadre que celui du soin. Ils se sont pour cela organisés en association et ont réussi à générer un financement indépendant.

Plus tard il y a eu des projets montés avec le théâtre des Bains douches dans le cadre Culture et Santé. La démarche était de monter une production théâtrale. Il y a eu une soirée organisée pour récupérer de l'argent pour une association de lutte contre le cancer avec pour spectacle la production montée dans l'atelier. On a donc des patients qui ont proposé un spectacle dans le but d'organiser une soirée pour récupérer des fonds pour des malades en cancéro. Il y a une espèce de boucle étonnante, le tout dans des conditions quasi professionnelles. Toutes les semaines des répétitions sur un plateau de théâtre avec parfois des regroupements, plus un montage d'éclairage, une costumière⁵⁰¹.

L'objectif commun du groupe est un exemple de projet très abouti qui ne se retrouve pas dans toutes les expériences qu'il m'a été permis d'étudier. Il n'y a parfois pas d'objectif énoncé par le patient, ni par l'équipe de soin ou l'intervenant autre que la pratique théâtrale. Dans ces situations, le vécu des patients est plus en lien avec la pratique artistique. Ils retrouvent le plaisir de se replonger dans une œuvre : « J'ai pu redécouvrir Antigone. J'ai beaucoup aimé faire un travail au long cours avec des répétitions et voir les progrès dans l'évolution du projet.

⁵⁰⁰ MR CELLIER, « Entretien du 3 juillet 2019 ».

⁵⁰¹ *Ibid.*

J'en garde un bon souvenir⁵⁰². » L'utilisation de texte peut être donc un atout majeur dans le bon déroulement d'un atelier mais peut également poser des problèmes que j'étudierai dans le chapitre suivant.

Ce qui est primordial aux yeux des patients

Le premier point central pour les patients est de faire du théâtre, de le pratiquer, d'en apprendre les principes et d'en maîtriser les techniques. Dans mon expérience de terrain, la pratique théâtrale était énoncée au premier plan. En dehors de l'immersion dans une œuvre littéraire, certains participants ont vraiment dans leur vécu retenu la temporalité du projet et le fait d'avoir pu s'investir dans quelque chose d'abouti. La progression et l'avancée au cours du travail ont été importantes pour les participants, et source de satisfaction. Pour certains, le rythme des séances n'est pas apparu suffisant comme pour cette patiente « Une fois toutes les quatre semaines ce n'est pas assez, mais on a réussi à créer Antigone jusqu'au bout. L'improvisation c'est dur, je manque d'expérience⁵⁰³. »

De plus, comme l'indique cette patiente, les techniques théâtrales utilisées au cours de l'atelier façonnent également le vécu du patient et font évoluer ses objectifs initiaux. Comme dit précédemment, la démarche de création d'un personnage favorise l'introspection. Quant aux exercices d'improvisation, ils paraissent pouvoir mettre le patient en plus grande difficulté, se sentant parfois démuné face au sentiment de manquer de technique, comme le rapporte cet autre participant : « La création artistique permet d'acquérir des techniques. Pour moi l'improvisation vient après⁵⁰⁴. »

Le deuxième fait majeur est la relation avec l'intervenant. Pour certains, l'activité théâtrale ne se retrouve pas au premier plan, ils s'attachent plutôt au relationnel créé avec l'intervenant, comme en témoigne cette patiente, « plus sensible à l'intervenant qu'à l'activité⁵⁰⁵. » Dans mon expérience d'intervenant à la Clinique des Saules, j'ai en effet pu constater l'importance pour les participants d'être avec moi dans une relation autre que soignante, comme l'énonce cette patiente : « tu t'es présenté comme quelqu'un qui travaillait

⁵⁰² MME MOREAU, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁵⁰³ *Ibid.*

⁵⁰⁴ *Ibid.*

⁵⁰⁵ *Ibid.*

avec des personnes âgées et des handicapés. Moi ça a fait tilt. Je savais que tu étais dans cette démarche-là. Et comme acteur. Tu ne venais pas comme art thérapeute⁵⁰⁶. »

Les objectifs de l'intervenant semblent donc être aussi importants que ceux des patients. En expliquant dans quelles démarches l'on se place pour venir intervenir en psychiatrie donne déjà une indication sur les exercices et les enjeux qui vont se développer dans et autour de l'atelier. Le patient n'a pas forcément conscience des différentes traditions et des multiples possibilités pour un intervenant de se placer dans telle ou telle pratique (thérapie, création artistique, occupationnelle).

Clarifier les choses dès le départ est essentiel pour un bon déroulement de l'atelier dans le temps. Cela est également révélé dans la majorité des projets que j'ai observés. Dans mon cas, à chaque nouvel arrivant dans l'atelier je présentais donc le déroulement, les objectifs et mon statut de comédien amateur à l'extérieur. Je participais à l'activité de l'association Escal Ethique et étais comédien amateur. Je demandais à chaque première participation si la personne avait fait ou faisait du théâtre et si elle allait voir des spectacles. La grande majorité des patients n'avait pas de pratique artistique et n'allait pas au théâtre. Dès la première année j'ai alors proposé des sorties à la Comédie de Clermont-Ferrand pour assister à des spectacles que nous choissions collectivement. Est-ce que ces sorties sont devenues une motivation supplémentaire ?

Liberté, directivité, et créativité

Pour terminer ce chapitre dédié aux patients, le lien qui se crée entre les participants et l'intervenant doit être abordé dans l'optique d'appréhender ce qui se joue autour de cette relation. Plusieurs aspects doivent être décrits pour comprendre l'interaction entre ces deux acteurs principaux de l'atelier. La directivité, la docilité, le contrôle médical ou encore les difficultés liées aux pathologies influent sur les échanges qui s'établissent entre le patient et l'intervenant. Dans l'univers psychiatrique, ces questions sont exacerbées par la liberté de choix laissée aux patients.

⁵⁰⁶ *Ibid.*

Si la maladie mentale est une « pathologie de la liberté » dont l'effet est une aliénation de l'individu, il paraît pour le moins paradoxal de s'intéresser au libre choix par le patient de son médecin ou de l'établissement de santé où il pourrait être traité. La question néanmoins se pose dès lors que le malade mental se voit reconnaître les mêmes droits que tout citoyen, mais elle demande certainement d'être examinée de façon approfondie⁵⁰⁷.

Le choix d'un établissement par les patients n'est certes pas dicté par la présence d'un atelier théâtre. Pour autant, comme le rapporte l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), les patients doivent être considérés comme tous les citoyens, avec les mêmes droits. Se posent alors des questions en lien direct avec l'atelier. J'ai par exemple relevé une obligation de faire du théâtre dans la prise en charge proposée dans la clinique où j'intervenais. Voici ce que relatait une infirmière : « Spontanément ça fait très peur le théâtre. On s'est longtemps battu pour le garder. Si on les laisse choisir il y en a trois sur vingt-cinq qui iront. On a instauré le fait que les patients doivent passer partout⁵⁰⁸. » L'obligation est formelle et n'impose aucune contrainte forte. Malgré tout, les patients ont le devoir de participer à l'ensemble des ateliers, en particulier le théâtre, c'est ce que confirme cette patiente : « Le fonctionnement de l'hôpital de jour oblige à participer à des ateliers de pratique artistique⁵⁰⁹. » Un intervenant révèle lui un choix parfois encore plus contraint. « J'ai proposé un atelier, chacun pouvait s'inscrire pour autant que les unités veuillent bien laisser les patients venir. Ce n'est pas toujours le cas en psychiatrie car lorsqu'un patient fait une connerie on peut à un certain moment bloquer⁵¹⁰. » L'intervenant n'est pas celui qui décide de la venue ou non des patients. Cela influence la relation qui va s'établir avec le malade, ce dernier pouvant considérer l'intervenant comme ayant peu d'emprise sur l'institution médicale.

L'absence de contrôle de l'intervenant sur les entrées et sorties des patients provoque également une absence de complicité avec les patients dans la future décision les concernant. Dans le cadre de mon atelier, certains patients furent très intéressés par la pratique du théâtre et souhaitaient développer une réelle création autour d'un projet défini sur la durée. Pour autant ce type de projet et de pratique n'était pas toujours possible car les patients entrent et sortent d'hospitalisation. Ils sont pris en charge dans la durée mais dans un temps limité que le

⁵⁰⁷ LOPEZ Alain et TURAN-PELLETIER Gaëlle, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Paris, Inspection générale des Affaires sociales, 2017. P.137

⁵⁰⁸ MME BRUGIERE, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁵⁰⁹ MME MOREAU, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁵¹⁰ MR CELLIER, « Entretien du 3 juillet 2019 ».

psychiatre référent est le seul à juger. Je n'avais jamais d'information du changement d'un patient, d'une sortie ou d'une entrée. Mes seuls informateurs étaient les patients eux-mêmes. La décision de la sortie d'un patient pouvait alors bouleverser l'atelier. Ce manque de continuité se retrouve dans de nombreux projets et est une difficulté majeure de ce type d'activité dans les établissements de soins des maladies mentales.

La notion de directivité doit également être décortiquée car celle-ci peut être très diverse dans les institutions psychiatriques. Au cours de l'emploi occupé en tant qu'intervenant théâtre j'ai dirigé les patients dans le but de créer avec eux des projets théâtraux et de leur faire découvrir cette pratique artistique. La notion de directivité ne m'a pas questionné d'emblée car je n'avais pas conscience de cette problématique dans l'institution, je l'ai découverte plus tard. Il apparaît que la relation entre l'intervenant et les participants est très différente dans un atelier à l'extérieur et à l'intérieur d'un établissement de soins des maladies mentales. Pour quelles raisons ?

Une première explication se trouve dans le contrôle médical ou thérapeutique de ce qui se passe dans l'atelier. Cela influe sur la relation entre le patient et l'intervenant. Dans le cadre de l'atelier à la clinique, les patients savaient que j'effectuais des transmissions pour le personnel soignant. Ainsi ils gardaient à l'esprit que les faiblesses ou les problèmes divers et variés que nous pourrions rencontrer dans le cadre de l'atelier seraient relatés aux personnels soignants, ici les infirmières. Durant les trois ans où j'ai mené l'atelier, aucune personne n'a ainsi refusé de faire un exercice et des relations de domination et de docilité se sont imposées. Ce contrôle est absent dans des ateliers de pratique extérieure à l'institution psychiatrique. La liberté des participants est alors plus grande. Les patients que je suivais n'avaient pas de pathologie trop sévère, ils avaient tous plus ou moins conscience de ces échanges avec les infirmières. Dans des cas où les pathologies sont plus sérieuses (atelier de Boussagol par exemple), les enfants ne savaient pas que les captations étaient ensuite visionnées par le pédopsychiatre. La question de la docilité liée au contrôle médical ne se pose donc pas ici.

Des informations ne sont pas toujours transmises sur ce qui se passe dans l'atelier. Aussi, le patient n'est pas forcément au courant des transmissions qui ont lieu avant et après l'atelier, comme le confirme cet intervenant : « on n'a aucun renseignement sur les pathologies des patients et on a aucun retour à faire sur ce qui s'est passé dans l'atelier. On a deux réunions

de bilan par an⁵¹¹. » Les équipes médicales quant à elles ne transmettent pas obligatoirement les informations sur la pathologie des patients. « Les artistes n'ont aucune connaissance de la pathologie des patients⁵¹². » Certains intervenants exigent cependant de connaître les problèmes de santé des participants. « J'avais dit à l'équipe que j'avais besoin de savoir s'il y avait des problèmes dans la semaine précédente avec les patients⁵¹³. » Ce regard de l'intervenant vis-à-vis de la maladie interroge forcément dans ce cadre. C'est là une deuxième explication qui impose une différence avec des ateliers se développant à l'extérieur de l'institution. Les difficultés liées à la pathologie influent sur la relation dans l'atelier même. Ainsi, dans le cadre de l'atelier que j'ai mené, deux patientes en surpoids ont pleuré du fait d'exercices portant sur l'estime de soi. Il s'agissait d'une caricature d'un défilé de mode. Cette tristesse ne dura pas et cela n'a pas posé problème pour la suite de l'atelier. De plus, je laissais toujours le choix aux patients de participer ou non, ce qu'ils appréciaient car ils se sentaient libres. Cependant, une difficulté aussi forte que celle observée chez ces patientes laisse des traces autant du côté de l'intervenant que du patient et la relation entre ces deux acteurs est influencée par ce type d'événement fort. La directivité imposée par l'intervenant doit être partagée et la possibilité qu'il a de demander des choses aux participants est à questionner. Des postures différentes sont utilisées autour de cette notion de directivité. C'est ce que rappelle ici ce psychiatre :

En réalité on a toujours réussi à rester proche de ce que la personne avait envie d'exprimer et non pas de ce que l'on a envie d'attendre ce qu'elle exprime. On a toujours été fidèle à ça parce que dans beaucoup de forme d'art thérapie ce que je critique c'est la directivité. C'est-à-dire qu'on dit aux gens voici à quoi il faut aboutir pour plaire aux citoyens, plaire aux familles⁵¹⁴.

Cette vision est également partagée par cette formatrice et intervenante :

Au niveau des propositions artistiques on est plus sur le champ de l'expression que sur le champ de l'esthétique. On a un espace pour parler de ce que l'on fait et un espace pour que ce soit inclus dans le développement personnel des personnes qui est plus important que le rendu artistique. En cela on se différencie un peu de ce que l'on appelle l'art thérapie qui concerne des disciplines plus centrées sur l'artistique. Art thérapie veut souvent dire qu'on n'est pas beaucoup centré sur le thérapeutique. Nous on dit médiation thérapeutique, c'est au travers de cette médiation que la personne va progresser. En ce sens on fait très peu de proposition, c'est ce qu'on appelle le non directif. Un atelier très structuré mais dont

⁵¹¹ MME DURAND, « Entretien du 14 juin 2018 ».

⁵¹² MME ROSSIGNOL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

⁵¹³ MME SAUTOUT, « Entretien du 22 mai 2018 ».

⁵¹⁴ MR PIAGET, « Entretien du 21 octobre 2019 ».

les propositions ne sont pas très importantes pour laisser une large place à l'expression des personnes. Le spectacle n'est pas forcément présent⁵¹⁵.

Quelle importance accordée alors à l'aspect thérapeutique ? Cela influence directement la créativité des patients dans le cadre de la pratique du théâtre. Le triptyque liberté, directivité et créativité semble donc central dans les relations qui s'établissent entre les patients et les intervenants.

Un dernier point essentiel est la relation humaine, autour de la bienveillance, qui s'établit entre le patient et l'intervenant. « Les patients sont souvent très sensibles du fait de ce qu'ils ont traversé et donc du coup ils sont très attentifs à la qualité de l'intervention et de la relation avec l'artiste⁵¹⁶. » Ce que relate cette directrice d'association influence grandement la qualité de la relation entre les patients et les intervenants. Là encore, j'ai relevé cela à plusieurs reprises. Les patients sont en souffrance et doivent être considérés. Il ne s'agit pas de les pousser dans leurs retranchements ou d'avoir une volonté de performance professionnelle. Les regards des patients sur les ateliers vont vraiment être influencés par la relation qui s'établit avec l'intervenant. « C'est très important d'être à l'écoute des besoins des patients. Comme ça on fait remonter leur culture. Cela demande un travail d'approche aux artistes qui est important⁵¹⁷. »

⁵¹⁵ MME ZIMMERMAN, « Entretien du 19 novembre 2019 ».

⁵¹⁶ MME DE LATTRE, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

⁵¹⁷ *Ibid.*

Conclusion de la troisième partie

Cette troisième partie concerne la partie ethnographique de mon travail de recherche. En questionnant le rôle des acteurs principaux qui rentrent en jeu dans la tenue des ateliers théâtre en psychiatrie autour de leurs interactions, j'ai montré que le statut de chacun est largement conditionné par le type d'activité. Dans leurs témoignages et dans leurs pratiques, du côté des intervenants, des soignants, du personnel administratif et même des patients, tous pointent l'importance dans le déroulement de la définition du type d'atelier dès le début du projet. Le recrutement de l'intervenant, la sélection des patients, les dispositifs financiers et administratifs sont conditionnés par la nature de l'activité proposée. On retrouve alors la distinction entre atelier à vocation artistique, thérapeutique ou occupationnelle décrite plus haut. L'étude ethnographique permet alors d'entrer dans le détail de la catégorisation de ces types d'ateliers, au plus proche du terrain, et de montrer les caractéristiques de chacun d'entre eux.

Tout d'abord, les formations et les origines professionnelles des intervenants sont intimement liées aux objectifs finaux que ceux-ci vont donner à leurs ateliers. On peut aussi noter que l'itinéraire d'entrée dans le monde de la psychiatrie des intervenants influence la conception de l'activité proposée. Les intervenants qui ont une formation médicale ont tendance à mettre en avant les retombées thérapeutiques. Ceux qui proviennent du théâtre militant et politique attachent une importance toute particulière aux dimensions citoyennes et politiques de leur pratique. De nombreuses certifications existent, liées à des formations spécifiques (thérapeutiques ou non), et cet environnement professionnel ne cesse d'évoluer avec le développement de toujours plus de formations et d'une pluralité de possibilités pour les comédiens, amateurs ou professionnels, qui souhaiteraient animer un atelier théâtre en service de psychiatrie⁵¹⁸.

Quoi qu'il en soit, on voit donc apparaître des profils d'intervenants variés, aux statuts et aux rémunérations différents, avec des conceptions multiples de la pratique du théâtre en service de psychiatrie. J'ai alors montré que l'influence d'un type de pratique ne se limite pas

⁵¹⁸ Il est à noter que les formations pour les comédiens professionnels sont, en partie, originellement liées à la pratique du clown médecin autour de laquelle une récente étude sociologique s'est centrée : BODELET Claire, *Embarquer avec les clowns à l'hôpital : sociologie d'un drôle de travail entre art et service*, These de doctorat, Paris, EHESS, 2020.

aux intervenants. Les soignants, le personnel administratif et les institutions elles-mêmes sont liés à la définition même du type d'atelier. Entre un atelier qui souhaite encourager la démocratie culturelle, un atelier thérapeutique et un atelier occupationnel, les personnels mobilisés ne sont pas les mêmes, les soignants occupent des places plus ou moins importantes et le coût financier est lui aussi impacté. Une articulation est nécessaire entre monde de la culture et monde de la santé. Ils s'influencent et se modifient mutuellement, comme l'a montré la récente étude sur le dispositif Culture et Santé⁵¹⁹. Le rôle joué par le personnel administratif est alors primordial et cela ne se fait pas sans partenariats, là encore divers et multiples dans les formes comme dans les objectifs. Il est donc justifié de parler d'ateliers théâtre au pluriel et de considérer le polymorphisme de cette activité.

Enfin, le destinataire et acteur principal, le patient prend place dans ces ateliers avec des objectifs divers et autour de circonstances plurielles. Une pathologie psychiatrique particulière ne peut pas être collée spécifiquement à un type d'atelier. Alors, un questionnement doit toujours être mené par les responsables d'ateliers autour des notions de liberté, directivité et créativité. Je l'ai observé dans tous les cas. Cette imbrication sera pour moi une ligne directrice dans la dernière partie de ce travail doctoral qui interrogera la pratique en soi et son évaluation.

⁵¹⁹ F. Liot, C. Langeard et S. Montero, *Culture et Santé – Vers un changement des pratiques et des organisations ?*, *op. cit.*

Quatrième partie : La pratique

Chapitre 9 : Déroulement d'un atelier

Dans ce chapitre, il s'agit de décrire le déroulement d'un atelier sous toutes ses facettes. Pour ce faire, cinq ateliers seront principalement décortiqués pour atteindre une bonne connaissance du terrain.

Il s'agit principalement de l'atelier que j'ai mené à la clinique des Saules durant trois années, de l'atelier de Bruno Boussagol et de trois ateliers que j'ai pu observer directement. Au total, la description précise de cinq ateliers peut donc être envisagée grâce à des observations et des témoignages.

D'autres ateliers qui font l'objet d'études sont utiles dans cette partie. Ils ont également fait l'objet de publications par des artistes ou soignants menant ce type de projet. Je pense ici à Luc Godart⁵²⁰, Gérard Chimisanas⁵²¹, Tamara Guénoun⁵²², Béatrice Vandeveld⁵²³, une

⁵²⁰ GODART Luc, « Du jeu théâtral comme (re)construction du lien social. », in *Pensée plurielle*, n° 1, vol. 4, 2002, p. 43.

⁵²¹ GERARD CHIMISANAS, *Un atelier théâtre en CMP.*, 2015.

⁵²² TAMARA GUENOUN, « Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale », in *Adolescence*, n° 1, T.341, 26 avril 2016, p. 117-128.

⁵²³ B.A.S. Vandeveld - Pouliquen, *L'improvisation dramatique, étude clinique et psychanalytique d'ateliers théâtre en structures de soin*, op. cit.

expérience au CMP de Châteaubriant⁵²⁴ et enfin un atelier à la Clinique de La Borde mené par Hélène Mathon et Thomas Turine en 2019⁵²⁵. Tous décrivent le cadre de leurs ateliers théâtre avec les patients, son déroulement.

Les entretiens menés avec les intervenants donnent également des détails sur les conditions de déroulement de leurs ateliers. Ces éléments permettent de croiser les regards et de donner plus de détails sur les différentes phases d'un atelier. Il ne s'agit cependant pas d'un atelier type mais bien de processus divers qu'il est intéressant de rapprocher pour les analyser autour de quatre thématiques. On les retrouve dans l'ensemble des ateliers.

Tout d'abord, l'aspect organisationnel de l'atelier est abordé. Comment le théâtre s'inscrit dans une prise en charge de patients en établissement de soins psychiatriques ? Dans les chapitres précédents, cette question a été abordée en se focalisant sur les différents acteurs. Ici, il s'agit de décrire comment l'atelier s'organise concrètement.

Ensuite les questions de l'adaptation des expressions corporelle et orale seront abordées conjointement pour interroger ce qui se joue dans ce type d'atelier. Le corps, ses handicaps, l'affirmation de soi, la prise de parole, l'écoute, voici quelques enjeux de la pratique du théâtre avec des patients souffrant de maladies mentales. L'adaptation aux publics est quant à elle évidente et indispensable.

Troisièmement, c'est la notion de groupe dont on parlera pour traiter de cet objectif essentiel, le lien social. Là encore, cette question a déjà été abordée dans les chapitres relatifs aux différents acteurs, dans les politiques culturelles et sanitaires mises en place. Il s'agit maintenant d'observer ce qui se passe sur le terrain et d'en rendre compte de façon analytique.

Enfin, l'imagination et la création constituent la dernière partie de ce chapitre. Les propositions artistiques ou thérapeutiques sont variées dans les projets que l'on se propose d'étudier plus spécifiquement. L'objectif des ateliers est, pour la majorité des personnes interrogées, une recherche artistique. L'amélioration de l'accueil des participants est aussi un but à atteindre pour bon nombre d'intervenants. Favoriser la pratique des arts est aussi une ambition.

⁵²⁴ A. Couedic, I. Croquefer, T. Maillard, et al., « A la croisée du soin, de l'art et de la culture », art cit.

⁵²⁵ MATHON Hélène et TURINE Thomas, « La marche à deux pattes », in *Chimères*, n° 2, N° 95, 2019, p. 189-200.

Les différentes étapes de l'organisation d'un atelier

Elaboration du projet

Comme nous avons pu le voir précédemment, les motivations pour les différents acteurs d'organiser un atelier dans un établissement sont propres à chaque service. La prise de contact avec l'intervenant et l'élaboration du projet font l'objet de rencontres pour définir au mieux les phases de déroulement de l'atelier. Un moment d'échange entre les soignants, les comédiens, parfois les intermédiaires précède obligatoirement la première séance. La description de cette phase de construction de l'intervention impose une nouvelle fois une distinction entre atelier à vocation artistique, atelier à vocation thérapeutique et atelier à vocation sociale.

Atelier artistique

Pour aborder les premières étapes des ateliers à vocation artistique, je me suis principalement appuyé sur les témoignages des personnes interviewées et sur l'article de Boussagol. Les ateliers à vocation artistique décrits dans les entretiens sont en majorité des ateliers soutenus dans le cadre du dispositif Culture et Santé. Dans cette partie, la phase d'élaboration de trois de ces ateliers est abordée, un en service de gérontopsychiatrie, un en service de pédopsychiatrie et un dans un CATTP pour adultes.

Avant cette phase de réflexion sur le contenu même de l'activité théâtrale, la prise de contact avec l'intervenant s'effectue soit par le service culturel, soit par les soignants eux-mêmes. Voici un exemple de mise en relation d'une structure et d'un artiste :

Dans le service on avait une culture de l'atelier à médiation artistique. Le médecin-chef était lui-même musicien. Le parti pris a été de ne pas faire de l'art thérapie. Le recrutement des artistes s'est fait par le bouche à oreille. L'intervenant théâtre animait un atelier avec des enfants, on le connaissait déjà. L'atelier théâtre est là depuis le début. [...] L'artiste est soutenu par un co-animateur qui ne pratique pas le théâtre. C'est un soignant, il soutient le cadre de l'atelier⁵²⁶.

⁵²⁶ MME BEAL, « Entretien du 18 septembre 2018 ».

Le comédien peut également lui-même démarcher l'établissement. Il s'ensuit une phase de co-construction avec les soignants ou le service culturel. Nous verrons par la suite que cela est différent dans les ateliers à médiation thérapeutique où les soignants demeurent toujours au centre du dispositif mis en place.

En ce qui concerne le travail de Boussagol, son atelier s'est développé dans un service de prise en charge d'enfants psychotiques dont il connaissait le chef de service, le pédopsychiatre. Conjointement, ils ont posé les bases de l'atelier. Le médecin était convaincu d'une chose : « ces enfants étaient capables de création et de jeu, d'élaborations à plusieurs et de constructions narratives⁵²⁷. » Il ne restait alors plus qu'au comédien d'expérimenter la pratique théâtrale avec les enfants. Un positionnement particulier a dû alors être adopté par l'intervenant : « j'ai accepté d'être à l'écoute de l'enfant et de ne pas lui demander d'être à la mienne⁵²⁸. » Cette posture posée dès le départ qui laisse une grande liberté à l'acte créatif des enfants ouvre la possibilité d'émergence d'une inventivité, d'une imagination. La notion de directivité décrite précédemment est bien sûr questionnée. Travailler dans une optique de liberté créatrice est ici posée d'emblée.

La comédienne qui dirige cet autre atelier également avec public jeune en pédopsychiatrie adopte une démarche différente.

Je monte avec ma compagnie un spectacle sur la famille avec six comédiens. On est donc parti sur ce thème et on imposait le texte et le travail au plateau. Les jeunes ont des problématiques familiales lourdes. On a tenté, pour voir s'ils étaient capables de réaliser un travail vraiment d'acteur avec des acteurs professionnels, un texte imposé. On ne part pas de leurs désirs. Cela a été super. On a parlé de la famille en général⁵²⁹.

Le texte est donc imposé aux patients et correspond avec les créations de la compagnie. Ce lien avec les recherches artistiques des intervenants est signalé à plusieurs reprises. « On essaie toujours d'être en lien avec le travail de la compagnie⁵³⁰. » Les activités de ces compagnies s'inscrivent dans un travail artistique en relation avec les soignants, cela est posé dès le départ : « Je m'inclus dans un dispositif lourd et complexe avec des soignants. J'ai proposé une série théâtrale qui s'insère dans leur unité. Le lieu dans lequel ils vivent devient

⁵²⁷ BOUSSAGOL Bruno, « Un atelier-théâtre en hôpital psychiatrique », in *Reliance*, n° 3, no 17, 2005, p. 88-90.

⁵²⁸ *Ibid.*

⁵²⁹ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

⁵³⁰ MR GOIGOUX, « Entretien du 17 septembre 2018 ».

autre⁵³¹. » L'élaboration du projet a été là aussi discutée avec le pédopsychiatre qui souhaitait faire intervenir des artistes dans sa structure pour amener de la culture et un regard différent sur la prise en charge des adolescents. La directivité n'est cependant pas abordée de la même façon. Dans le cadre du dispositif Culture et Santé, des propositions plus directives sont faites par des comédiens professionnels. Les projets peuvent être de plusieurs ordres et la recherche de co-construction avec le personnel soignant est pour autant affirmée.

La collaboration avec les artistes ce n'est pas des propositions toutes faites qui nous arrivent. Ce sont des projets qui sont coconstruits. Soit parce que nous-mêmes on décide de travailler à partir d'une thématique et qu'on va ensuite la décliner avec des équipes artistiques. Ou ça peut être parfois décliné d'un spectacle. C'est toujours des Co constructions⁵³².

Cela ressort bien de ce témoignage d'une référente culturelle d'un établissement psychiatrique où la médiation culturelle est très développée. Ici, l'élaboration du projet se fait entre les responsables de l'action culturelle qui connaissent les patients et l'artiste. Les patients et les soignants n'interviennent pas. C'est le service culturel qui entre en relation avec le comédien.

Dans le cas de cet autre atelier, la proposition est là encore amenée par l'artiste puis discutée avec le service culturel. La prise de contact se fait ici en sens inverse, c'est l'artiste qui démarche l'établissement de soins.

On a proposé un projet artistique le menu des menus souvenirs qui déboucherait sur une exposition. L'idée est de partir d'objets simples, une chaussette, un trousseau de clés et de découvrir les histoires qu'il y a dedans. Histoire cachée qui peuvent être des souvenirs, des sensations et ensuite on effectue un travail d'écriture à partir de ça. Le spectacle serait l'inauguration de l'exposition. Ceux qui jouaient c'étaient les patients⁵³³.

Il s'agit ici d'un service de gérontopsychiatrie avec des personnes âgées en souffrance. Le projet colle avec la pathologie des patients. Une recherche sur la signification des objets permet de garder une trace pour des patients dont la mémoire pose problème. La référente culturelle joue là aussi un rôle de co-construction avec l'artiste puisqu'elle va permettre d'intégrer le projet d'atelier au sein de son établissement. C'est elle qui va informer les

⁵³¹ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

⁵³² MME SIMON, « Entretien du 1 juillet 2019 ».

⁵³³ MME SAUTOUT, « Entretien du 22 mai 2018 ».

soignants et les patients de la mise en place d'un atelier dont les grandes lignes ont été établies entre elle et la comédienne. Cette référente culturelle note également l'évolution dans l'élaboration du projet qui prend de plus en plus en compte les intermédiaires : « Parfois les artistes contactent directement le chef de service dont certaines actions peuvent nous échapper. On retombe dessus lorsqu'il y a besoin d'affiches ou de budget. Bien que maintenant on nous tienne plus au courant et nous sollicite pour des conventions, des contrats de travail⁵³⁴. » Elle donne aussi des informations plus techniques sur la base d'un projet : « En moyenne pour un projet, pour une action, c'est au minimum 15 ateliers de 3 heures. C'est une base⁵³⁵. »

D'autres établissements accordent une place plus importante aux patients dans la construction du projet et la définition même des exercices liés à l'atelier théâtre. « L'idée de créer, de se rencontrer autour d'une pratique entre patients et soignants est à l'origine⁵³⁶. » Il s'agit ici d'un établissement relevant d'une tradition plus proche de la psychothérapie institutionnelle. « On a mis à peu près un an pour préparer, pour réfléchir avec les patients et les soignants sur quel thème on pouvait alors travailler. On avait discuté avec les patients du CATTP qui sont en association et le président de cette association avait dit que le théâtre c'était compliqué pour apprendre les textes⁵³⁷. » Dans le cadre de ce CATTP, les soignants se mettent ensuite en quête d'un artiste intervenant avec l'aide du dispositif Culture et Santé.

Comme on peut le voir, des propositions très diverses sont amenées par les artistes. Elles sont ensuite discutées soit avec le référent culturel de l'établissement, soit avec les soignants voire même avec les patients. Le nombre de patients conviés dans l'atelier est aussi discuté dans cette phase d'élaboration. Il y a là aussi des différences entre les ateliers. Parfois ce sont quelques patients, une dizaine la plupart du temps, parfois c'est toute l'unité qui est conviée à l'atelier. « J'ai toute l'unité. Tout le monde s'arrête le lundi matin et fait du théâtre pendant deux heures. Cela se passe bien⁵³⁸. » Les soignants sont souvent sollicités comme dans cet autre projet : « J'ai initié les personnels, aide-soignante, psychologue, ergothérapeute et patients au théâtre.⁵³⁹. »

⁵³⁴ MME ROSSIGNOL, « Entretien du 28 mai 2018 ».

⁵³⁵ *Ibid.*

⁵³⁶ MR DASSAT, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

⁵³⁷ MME WONNER, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

⁵³⁸ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

⁵³⁹ MR DUPONT, « Entretien du 25 novembre 2017 ».

A la suite de cette première phase d'élaboration, des périodes d'adaptation et d'amélioration de la proposition vont s'imposer comme le relève toujours cette intervenante : « Notre série s'appelle du Corps au cœur. Elle évolue. A chaque sortie de chantier on change de thématique. On a travaillé sur la famille, les vampires, autour des super-héros, autour de la magie, autour de la conquête de l'espace⁵⁴⁰. » Cette phase de remise en question a également eu lieu dans deux autres projets décrits. Dans le cas de l'atelier de Boussagol, l'orientation vers un théâtre de troupe s'est révélée essentielle pour jouer devant des spectateurs. Ainsi, avec la troupe créée au sein de l'hôpital, des spectacles ont été organisés à l'extérieur pour proposer les créations atypiques à un public autre que celui de l'établissement de soin. C'est là une pratique très innovante à l'époque. Pour un autre atelier, la difficulté d'apprentissage des textes par les patients oblige l'intervenant à utiliser des techniques d'improvisation dans la suite de son atelier. « On a beaucoup travaillé le thème de métamorphose au départ, le thème des Métamorphoses d'Ovide. On a ramené des textes puis après il y avait un travail d'improvisation⁵⁴¹. » Elle nous a indiqué au cours de notre entretien cette difficulté liée à l'apprentissage des textes par les patients.

La diversité des propositions artistiques montre la richesse de ces interventions dès l'élaboration du projet. On voit aussi que la plupart du temps elles sont obligées d'évoluer dans le temps.

La description de l'atelier servant pour la thèse de psychologie de Béatrice Vandevelde–Pouliquen montre enfin l'importance du positionnement de l'intervenant.

L'atelier théâtre auquel nous avons participé en tant que stagiaire était issu du désir d'une psychologue trouvant que le théâtre était une formidable médiation thérapeutique, bien que ne connaissant pas la pratique du théâtre. À aucun moment l'atelier n'avait été pensé comme une réponse aux besoins de soins des adolescents. Aussi, l'atelier oscilla-t-il entre illusion, jeu, et réalité, dans une confusion contra-thérapeutique, où le meneur de jeu tentait en vain de récupérer un pouvoir illégitime. De cette expérience, nous augurons que le positionnement du meneur de jeu est essentiel dans l'animation d'ateliers théâtre, particulièrement dans un contexte de soin⁵⁴².

⁵⁴⁰ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

⁵⁴¹ MME WONNER, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

⁵⁴² Béatrice Vandevelde - Pouliquen, *L'improvisation dramatique, étude clinique et psychanalytique d'ateliers théâtre en structures de soin*, op. cit. P.26

En effectuant un travail de recherche sur l'étude clinique de l'improvisation dramatique à l'aube de la psychanalyse, elle relève que le théâtre n'est pas thérapeutique en soi. Dans le cas de l'atelier d'improvisation auquel elle a participé, cette notion de thérapie n'est pas pensée au départ, même si l'atelier s'inscrit dans un établissement de soin. La psychologue relève aussi que « le théâtre peut être thérapeutique si, et seulement si, le cadre est pensé pour être adapté à la pathologie et au patient, et surtout si, et seulement si, ce cadre est respecté⁵⁴³. » C'est ce que nous allons maintenant voir avec des ateliers où la dimension thérapeutique est pensée dès le départ, dans l'élaboration du projet.

Atelier à médiation thérapeutique

La prise de contact avec l'intervenant se fait dans ce type d'atelier soit par recrutement suite à une candidature auprès de l'établissement, soit par le réseau de connaissance des soignants. Les services culturels des établissements, s'ils existent, n'interviennent pas ici dans la phase de construction de l'atelier. C'est là une grande différence avec les projets artistiques décrits ci-dessus.

Des indications thérapeutiques peuvent être posées d'emblée pour l'élaboration d'un projet à médiation thérapeutique. C'est le cas dans l'atelier décrit par Chimisanas⁵⁴⁴. Les enfants sont ici choisis dans le cadre de leur prise en charge médicale. Le metteur en scène extérieur à la structure collabore avec les soignants qui organisent l'atelier théâtre pour en définir les grandes lignes et les objectifs. Ils élaborent ensemble le projet et se réunissent à de nombreuses reprises.

Dans le cadre de l'atelier que j'ai mené, j'ai été recruté comme intervenant pour l'atelier affirmation de soi avec comme activité le théâtre. J'ai passé un entretien avec le psychiatre et les deux infirmières du centre de jour en juin 2016. J'avais postulé dans cette clinique pour établir le terrain d'observation de mon travail de doctorat. L'équipe médicale et notamment le psychiatre ont donc été intéressés par ma candidature spontanée qui tombait à point nommé à la vue de l'augmentation de la patientèle et du nombre de prises en charge. Mon engagement s'est fait sous la forme du statut de prestation de service comme l'ensemble des intervenants du centre de jour. Les exercices et les objectifs de l'atelier ont été posés au cours d'une seconde

⁵⁴³ *Ibid.* P.15

⁵⁴⁴ Gérard Chimisanas, *Un atelier théâtre en CMP, op. cit.*

réunion à la suite de mon recrutement. « Au départ on savait que tu allais utiliser le texte puis ensuite des propositions d'improvisation. On en discute dès le départ⁵⁴⁵. » La notion d'atelier thérapeutique s'est imposée dans cette clinique qui ne cherche pas à développer la création artistique. « Ici c'est uniquement thérapeutique. On ne fait pas d'occupationnel⁵⁴⁶ ».

Pour l'atelier de psychodrame pour adolescents que j'ai pu observer dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU de Clermont-Ferrand, l'élaboration du projet s'est faite directement par les soignants. Suite à la formation de deux soignants, un psychologue et une pédopsychiatre du service, ceux-ci ont souhaité mettre en pratique la technique du psychodrame dans un atelier sous l'impulsion de leur formatrice. La connaissance du psychodrame par ces professionnels s'est faite au cours de leur formation (dont la pédagogie se déroule notamment sous la forme d'ateliers où la dramatisation est utilisée comme outil : mise en situations, jeu de rôles improvisé, analyse des dialogues, etc.). Ils ont l'un comme l'autre fait des stages dans des unités où le psychodrame était pratiqué et ont pu être observateurs ou participants au sein de groupes. La création de l'atelier est entrée dans le cadre du développement de l'offre de soins ambulatoires du CMP devant le constat d'un besoin grandissant et des limites des soins individuels, les seuls pratiqués en consultation. Une offre de soin alternative entre du CATTP/HDJ et la consultation individuelle paraissait nécessaire à développer. La mise en œuvre a été simple puisqu'intégrée au projet de service. Il a fallu aux professionnels écrire un projet d'atelier pour définir la pratique, les indications et modalités pratiques. Cette proposition une fois écrite a été présentée aux cadres et personnels médicaux du service pour validation et pour permettre une bonne coordination afin de favoriser le recrutement des futurs participants. Au niveau temporel les projets avaient été présentés, pensés et écrits sur le premier semestre de l'année puis présentés en fin d'année scolaire pour une mise en place dès la rentrée. J'ai pour ma part pu observer les séances de la deuxième session après les vacances de Noël soit un an après l'émergence du projet. Le groupe de psychodrame a été ouvert aux adolescents de 14 à 18 sans limite d'âge formelle puisqu'une étudiante de 19 ans fait partie du groupe pour cette session. Il est tout de même recherché une certaine homogénéité. Le choix du public adolescent s'est fait naturellement car l'animateur psychologue travaille au sein de l'unité d'hospitalisation pour adolescents et que le recrutement des patients a pu commencer par ce biais. Le groupe est donc constitué de huit adolescents et adolescentes,

⁵⁴⁵ MME BRUGIERE, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁵⁴⁶ *Ibid.*

initialement il n'y avait que des filles mais un garçon est entré dans le groupe au début de mon observation. Cette entrée d'un nouveau membre se fait après approbation des participants déjà dans le groupe. En effet à chaque période de vacances il est demandé aux participants s'ils souhaitent poursuivre ou non et il est proposé que de nouveaux participants intègrent le groupe. L'intégration au groupe se fait sur indication médicale par le psychiatre en charge du jeune et après un entretien auprès des deux animateurs pour conforter la bonne compatibilité du jeune avec les autres membres du groupe et avec le psychodrame. Il n'y a pas de pathologie priorisée.

Les ateliers décrits par la psychologue Tamara Guénoun dans son article montrent un cadre d'intervention uniquement réfléchi par les soignants. Il n'y a cependant pas de différence avec un atelier théâtre à l'extérieur dans l'élaboration de l'activité :

La médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale est structurée comme un atelier de théâtre classique. Les techniques théâtrales de formation d'acteur sont utilisées (travail sur la voix, le corps, le développement de l'imaginaire, ainsi que sur des textes théâtraux). Cependant la médiation dans sa visée même s'écarte du cours d'art dramatique classique. Bien que la dimension artistique soit toujours présente, le but n'est pas de parfaire leurs performances artistiques. Il s'agit plutôt de donner aux patients la possibilité d'exprimer leur subjectivité, tout en canalisant leurs angoisses⁵⁴⁷.

La place des soignants est donc primordiale dans l'élaboration des projets d'atelier à médiation thérapeutique. Les propositions faites ensuite aux patients sont en lien avec leur prise en charge médicale et doivent permettre une amélioration de leurs conditions. Les objectifs thérapeutiques de l'atelier en sont la principale raison. Les recherches en France sur ce type d'approche sont encore peu nombreuses.

Les dispositifs d'ateliers thérapeutiques par le théâtre peuvent varier dans les modes de jeu proposés. En effet, il peut y avoir recours à un texte, à une caméra, à un type spécifique de mise en scène. Ces différentes approches ont été spécifiées et analysées, surtout par l'école américaine de drama-thérapie (play back theater, role method, naradrama, etc.)⁵⁴⁸.

Dans le dernier type d'atelier à vocation sociale, des phases d'élaboration différentes sont obligatoires puisque les acteurs, plus nombreux, doivent se retrouver et discuter. Cette implication de plus de partenaires ajoute des contraintes de consensus et d'expériences partagées que l'on retrouve moins dans des ateliers à destination thérapeutique. Les phases

⁵⁴⁷ Tamara Guénoun, « Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale », art cit. P.3

⁵⁴⁸ *Ibid.*

d'élaboration sont donc ici plus courtes mais demandent une expertise médicale plus importante.

Atelier à vocation sociale et occupationnelle

Les différents ateliers à vocation sociale que j'ai étudiés ont un objectif partagé, celui de favoriser le lien social. Cela se retrouve dans l'élaboration du projet et dans la nécessité pour les établissements d'établir un partenariat avec un intervenant ou une structure culturelle extérieure. Ces ateliers sont la plupart du temps proposés dans des structures psychiatriques où cet objectif est clairement affirmé mais la tenue même de l'atelier est décentrée sur un lieu extérieur. Ainsi dans l'atelier du CMP de Chateaubriant, l'atelier répond à une des missions de l'établissement qui « est de proposer des actions de soutien visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome, c'est-à-dire d'éviter l'isolement social et de maintenir des capacités relationnelles⁵⁴⁹. » Les soignants ont pris cette décision, au début, dans la phase d'élaboration de l'atelier. On retrouve cela dans l'atelier du Théâtre du Reflet. Là encore, les patients se retrouvent à l'extérieur de la structure de soins, dans une structure culturelle, pour pratiquer le théâtre. Ce qu'il est important de noter ici est la considération de ce lieu dès la phase d'élaboration. Il y a une volonté de faire sortir les patients plutôt que de faire entrer la culture dans l'hôpital.

Pour ce type d'atelier, des objectifs clairs sont également définis dès le départ. Il ne s'agit pas ici de proposition artistique ou d'objectifs thérapeutiques stricto sensu mais bien de proposer aux patients une pratique du théâtre comme une pratique amateur au même titre qu'un atelier pourrait se dérouler à l'extérieur. Plusieurs intervenants relèvent cette nécessité d'une proposition d'atelier où les exercices peuvent se retrouver dans d'autres pratiques amateurs.

Dans le projet théâtre l'argument était voir et être vu. Voir c'était sortir de l'hôpital pour voir des spectacles pour voir des productions voire même aller voir des répétitions. Être en lien avec des vrais lieux de théâtre. Être vu c'était de pouvoir être à la fois en production qui ne soit pas la sortie avec le bonnet de fou. C'était un projet théâtral comme n'importe quelle compagnie amateur pouvait en proposer⁵⁵⁰.

⁵⁴⁹ A. Couedic, I. Croquefer, T. Maillard, et al., « A la croisée du soin, de l'art et de la culture », art cit.

⁵⁵⁰ MR CELLIER, « Entretien du 3 juillet 2019 ».

Considérer le patient comme toute autre personne ne doit cependant pas occulter le fait que ces ateliers entrent dans le cadre de l'accompagnement des patients et qu'ils sont mis en place par les équipes soignantes. L'apport d'un intervenant enseignant le théâtre par ailleurs est ici d'avoir une approche professionnelle de la pratique théâtrale.

Enfin, un atelier théâtre à vocation sociale ne se développe pas forcément à l'extérieur de la structure. Ainsi, celui proposé par Godart se déroule bien à l'intérieur de l'institution soignante⁵⁵¹. Les objectifs sont ici divers : autant pratiquer l'art théâtral, développer une création que partager une aventure collective. La typologie utilisée pour différencier les ateliers dans la phase d'élaboration doit donc être nuancée et, malgré une implication plus ou moins grande des différents acteurs dans la phase d'élaboration du projet, il faut noter que l'atelier théâtre dans l'institution psychiatrique est une aventure collective, partagée et coconstruite. La possibilité de prise en compte des avis divers de l'ensemble des partenaires semble être un gage de réussite. Cette co-construction demande du temps que les équipes soignantes, artistiques et les patients n'ont pas toujours. Pour autant des structures choisissent une coordination entre tous les acteurs. L'exemple de cette association est révélateur de cette conjugaison de points de vue :

A Soin et Culture, on parle beaucoup. Il y a trois espaces. L'atelier, l'accueil et le conseil de coordination. C'est vraiment le tissage entre les trois espaces qui est porteur. On a cinq six jeunes par atelier. On ne se présente pas comme psychologue, psychiatre, éducateur. On est les adultes de la coordination ou des ateliers⁵⁵².

Une coordination complexe peut aussi être allégée soit par le soutien de structures expertes (Dispositif Culture et Santé, association dédiée, lieu culturel au sein même des établissements de soins), soit par des petits projets à l'échelle d'un service.

Des démarches au long cours

Suite à la phase d'élaboration de l'atelier débute l'activité en elle-même. J'ai de nouveau dans cette partie distingué différents ateliers pour me permettre de les décrire en détail. Ce sont les démarches de quatre ateliers qui sont ici abordées dans le détail. L'atelier en clinique relate

⁵⁵¹ L. Godart, « Du jeu théâtral comme (re)construction du lien social. », art cit.

⁵⁵² MME CANAULT, « Entretien du 18 septembre 2018 ».

mon expérience de terrain, ma participation observante de trois années. Les deux descriptions suivantes, l'atelier de psychodrame et l'atelier au CHS, sont issues de mes observations directes. La dernière démarche exposée est celle de l'atelier de Boussagol dont les captations vidéo m'ont permis d'observer plusieurs séances. Des éléments majeurs de ces ateliers autour de la démarche, du lieu et de la temporalité du projet sont analysés. Ils permettent de se rendre compte des processus sur le long terme qui se mettent en place.

Atelier à la Clinique des Saules

Dans le cas de ma participation observante, les premiers ateliers se sont déroulés avec huit patients. La prise de poste a été simple et rapide. Les patients en majorité ont accueilli l'activité théâtre avec réticence, d'une part parce qu'ils avaient déjà des expériences théâtrales dans le centre de jour qui pouvaient être difficiles, d'autre part parce que le théâtre suscite une appréhension dans la mise en scène du corps et de sa personne. Les premiers ateliers se voulaient donc rassurants et l'appui du texte que je proposais dans tous les ateliers a permis aux participants de se rassurer. Lors de la première séance, je présentais l'atelier comme une pratique du théâtre. Je me présentais comme un comédien amateur recruté car ayant travaillé avec les personnes âgées et handicapées en tant qu'auxiliaire de vie et ayant une formation au théâtre social effectuée dans le cadre d'un master théâtre et culture du monde. Aussi, j'expliquais aux patients que j'avais pratiqué le théâtre avec des personnes handicapées et que la relation entre théâtre et psychiatrie m'intéressait particulièrement. Nous nous disposions en cercle pour nous présenter et donner quelques détails sur notre relation avec la pratique artistique. Deux questions étaient systématiquement posées au nouveau venu. Avez-vous déjà fait du théâtre ? Allez-vous au théâtre ? Dans la grande majorité, les patients n'avaient jamais pratiqué le théâtre, hormis à l'école ou au collège pour les plus jeunes. Seul un patient avait une forte pratique du théâtre puisqu'il était lui-même directeur d'une compagnie. Une patiente avait déjà monté une pièce dans une petite compagnie rurale. Ensuite il y avait quelques patients enseignants (professeur des écoles principalement) qui étaient sensibilisés à la pratique artistique. D'autres patients jouaient de la musique, avaient une pratique de la danse ou du chant. En ce qui concerne la pratique de spectateur, les patients n'allaient pour la plupart jamais au théâtre. Plusieurs raisons étaient évoquées : la garde des enfants, le coût, le manque d'intérêt, la méconnaissance des lieux de spectacles ... De nombreux patients parlaient par contre de l'émission de télévision *Au théâtre ce soir*.

La plupart du temps les patients avaient peur de se mettre en scène au cours de cette première séance. Je les rassurais et expliquais ma démarche. Grâce à des exercices de mise en confiance et une pratique simple et abordable au départ, je n'ai jamais subi de refus de participation à mon grand étonnement. Nous commençons toujours le premier atelier par des exercices simples et accessibles pour les patients. Lors de la deuxième séance et les suivantes, les exercices étaient en lien avec le groupe présent. L'exigence de conserver des groupes stables a pu être assouvie par les infirmières pour certains groupes dont les membres attachaient une importance à cette exigence. C'est ainsi que des projets autour d'Antigone, d'Arlequin poli par l'amour, du Médecin malgré lui ou de Caracalla ont pu se développer et amener un intérêt tout particulier à ce type d'atelier.

J'ai tenu les ateliers théâtre à raison de deux fois par semaine de 14h à 15h30. Un quart d'heure avant l'atelier nous nous retrouvions avec les infirmières et les autres intervenants pour organiser la prise en charge des patients et transmettre les informations délicates pour certains patients, par exemple des problèmes de santé (anxiété, problèmes physiques ou psychologiques), ou des relations tendues entre certains patients. C'était également l'occasion de discuter de nos activités entre intervenants et de partager sur nos vies privées. Un quart d'heure après l'atelier nous devions faire des transmissions sur le logiciel de suivi des patients pour indiquer comment l'atelier s'était déroulé pour chaque patient et pour indiquer éventuellement les difficultés. Il y avait généralement quatre ateliers proposés en même temps : percussion, pilates et art thérapie le jeudi ; expression corporelle, pleine conscience et mosaïque le vendredi.

Le centre de jour de la clinique des Saules est accolé au secteur d'hospitalisation à temps plein. Les salles d'activité se retrouvent dans les deux zones. Les patients du centre de jour croisent donc quotidiennement ceux de l'hospitalisation complète pour se rendre dans les activités. Certaines salles sont même voisines et des activités du centre de jour jouxtent celles de l'hospitalisation complète. Les patients attendaient 14 heures que nous venions les appeler pour ensuite rejoindre la salle d'activité. Deux salles étaient destinées au théâtre, le jeudi nous étions dans la salle avec le parquet, le vendredi nous pratiquions dans la salle de gymnastique. Ces deux salles étaient bien adaptées à la pratique du théâtre car elles avaient un espace suffisamment grand pour délimiter un espace de jeu et un espace spectateur, et leurs sols étaient adaptés pour pratiquer des exercices d'expression corporelle.

Atelier de psychodrame

Lors de mon observation du groupe de psychodrame j'ai pu identifier plusieurs phases dans la séance. Il y a tout d'abord un temps de parole sur l'humeur du jour, avec quoi le jeune arrive, s'il a déjà des choses à jouer, ce qui s'est passé depuis la dernière fois...comme une prise de nouvelles qui s'initie dès la première séance. Après ce temps, il y a une phase de mise en train faite de petits exercices de jeu. La mise en train de la première séance s'est faite à base de jeux de sociométrie afin de permettre aux participants de se connaître sans se raconter. Les jeunes devaient par exemple se placer sur une ligne imaginaire avec des critères changeants (le nombre de frères et sœurs : du plus petit au plus grand, de la couleur des baskets, des yeux : du plus clair au plus foncé, du lieu d'habitation : du plus près au plus loin de Clermont-Ferrand...). Le jeu du « qui comme moi ? » a également été initié. Celui-ci est répété sur plusieurs séances avec la constatation que les assertions proposées par les participants étaient de plus en plus intimes. Ce jeu consiste à venir au centre du cercle formé par les participants et de dire qui comme moi...aime bien le chocolat par exemple, en réponse à cette affirmation les autres participants s'approchent ou s'éloignent de la personne au centre selon qu'ils partagent ou non cette assertion. Au cours des autres séances, la phase de mise en train a pris la forme de jeux théâtraux, soit des jeux de mime, d'expression d'émotion, de confiance, d'écoute.

Après ce temps de parole et la phase de mise en train, vient le temps du jeu psychodramatique. Lors de la première séance, ce temps a été dédié à la présentation du psychodrame aux nouveaux participants, sous forme de jeu dirigé avec des chaises ; les membres du groupe sont invités à venir nommer les règles du groupe : assiduité, secret, restitution...Puis un des animateurs propose de montrer ce qu'est un psychodrame, il propose à un participant d'être le protagoniste et guide le jeu de manière didactique pour montrer les principales techniques : prise de rôle, changement de rôle, présentation d'un personnage, mise en place d'un double. Pour cela le protagoniste propose une scène qu'il a vécu ce matin à l'arrêt de bus, il met sous la guidance du psychodramatiste le décor de la scène en place et invite d'autres participants à venir jouer les différents personnages. A la fin du jeu sur scène, chaque personnage donne son écho dans le rôle et en sort pour revenir s'asseoir sur sa chaise. Après ce temps de jeu vient le temps d'écho personnel, qui correspond à un nouveau temps de parole sur chaise où chaque participant, s'il le souhaite, peut venir rapporter une situation personnelle que lui a évoquée le jeu qu'il vient de voir. Ce dernier temps de parole vient clôturer la séance. La trame, qui paraît bien codifiée par la pratique psychodramatique, restera la même, seules les

mises en train changeront comme déjà évoqué plus haut et seront parfois laissées au libre choix des participants. Par ailleurs le temps de jeu psychodramatique sera précédé d'un moment d'échange pour recueillir les souhaits de jeu des participants. Les animateurs se laissent la liberté de choisir quel jeu sera joué selon leur appréciation du besoin de chacun. Lorsqu'il ne paraît pas y avoir un besoin à privilégier, ils utilisent une nouvelle fois la sociométrie pour que le groupe choisisse qui sera le protagoniste. Si par exemple deux propositions de jeu se dégagent, ils invitent les participants ayant fait ces propositions à venir sur scène face à face puis ils demandent aux autres participants de venir positionner une ou deux mains sur le jeu qu'ils souhaitent voir se jouer, puis le compte de mains est fait et le jeu qui a le plus de plébiscitations est choisi. J'ai également assisté à des séances où aucun participant ne proposait de jeu, dans ce cas des alternatives ont été proposées par les animateurs. Dans une séance ils ont proposé de faire des vignettes : petits jeux courts moins impliquants personnellement qu'un psychodrame, dont le thème est défini par l'animateur. Par exemple, avec trois chaises l'animateur invite les participants qui le souhaitent à venir tour à tour se positionner sur les chaises qui symbolisent pour une des jeux « moi avant le groupe » « moi pendant le psychodrame » « moi après le psychodrame » ou encore « moi il y a 10 ans » « moi maintenant » « moi comme je voudrais être dans 10 ans ». Dans une autre séance l'alternative a été la proposition d'un sociodrame, genre d'improvisation théâtrale dont le thème et les personnages avec une caractéristique sont définis par l'animateur. Lors de la séance observée, une scène de classe a été jouée ainsi qu'un repas de famille. Dans les suites d'un sociodrame, contrairement aux vignettes, mais comme lors d'un psychodrame, le temps d'écho dans les rôles et d'échos personnels est également réalisé.

Quant au jeu psychodramatique à proprement parler, il a pu se déployer sur une séance à laquelle j'ai pu assister et a consisté à la remise en scène d'une situation problématique rapportée par un patient. Lors de la séance observée, une jeune décrivait une scène en cours avec beaucoup d'émotion d'abord dans l'espace de parole, il a donc été décidé avec son accord de rejouer cette scène. Elle a été invitée à venir dans l'espace de jeu pour poursuivre le récit de son histoire en marchant accompagnée de l'animateur. La scène a été décrite et mise en place au fur et à mesure par la participante nommée protagoniste dans le psychodrame. Les tables et les chaises ont été installées par la protagoniste, parfois retournées pour que la scène puisse être bien visible par les autres participants mais toujours avec le souci d'être au plus près des souvenirs de la protagoniste. Puis une fois le décor posé, la protagoniste a choisi d'autres participants pour jouer les personnages présents dans cette scène, le prof de math, sa copine de

classe assise à côté en l'occurrence, puis elle. A chaque choix d'un personnage, le psychodramatiste fait un changement de rôle et la protagoniste se met donc dans la peau du personnage pour le décrire, énoncé ce qu'il a dit dans la scène...en somme donné les indications nécessaires au participant qui jouera le rôle, pour encore une fois être au plus près du vécu de la scène. Une fois cela fait, la scène est jouée. Le psychodramatiste arrête le jeu en différents instants, soit pour recueillir le vécu du protagoniste, soit pour faire des propositions. Il a été proposé entre autres de faire venir la honte de la protagoniste, désignée comme instance psychique de celle-ci. Un changement de rôle a été fait pour que la protagoniste incarne cette honte, la fasse parler, la positionne par rapport à elle, puis le jeu a repris. La proposition de trouver des ressources a été faite. Le jeu s'est arrêté après que la scène soit à nouveau jouée avec la honte et les ressources trouvées par la patiente.

Dans le psychodrame, la démarche est clairement exposée comme thérapeutique. Le groupe est proposé comme un soin au même titre qu'une psychothérapie individuelle. Elle est décrite par la pédopsychiatre que nous avons rencontrée comme une modalité de soin alternative différente de l'offre de soins qui existait dans le service, elle témoigne « Des fois pour les adolescents c'est dur de parler de leurs problèmes, ils sont inhibés dans une relation face à face avec un psychiatre. Avec le psychodrame, on joue, les jeunes remettent en mouvement ce qu'ils vivent, le voient, le ressentent et les mots ont moins d'importance. On permet plus de spontanéité⁵⁵³. »

Le groupe de psychodrame se fait dans les locaux de l'hôpital de jour pour enfants, bien que dépendant de l'unité de consultation. Il a en effet été dédié une salle de cet hôpital de jour car son accès est proche de la consultation et peut se faire directement sans traverser le service. Par ailleurs cette salle n'est pas occupée à partir de 16h et est parfois vacante sur les horaires d'ouverture de l'hôpital de jour. Il a donc été mis en place un planning d'occupation de la salle pour les différents groupes d'hôpital de jour et de consultation, affiché sur la porte. La salle comporte du matériel « amovible » pouvant être déplacé et donc sa configuration change selon le groupe l'utilisant. Pour le psychodrame, la mise en place se fait par le ou les animateurs qui peuvent arriver en décalé s'ils sont retenus en consultation, ils sont librement aidés par les participants. Il faut récupérer huit chaises en bois pour les participants, pousser sur les bords de la pièce les tables et petites chaises pour enfants et sortir les chaises pliables pour les animateurs,

⁵⁵³ MME SEUZARET, « Entretien du 19 novembre 2019 ».

l'observateur et le jeu. Deux espaces sont implicitement délimités : espace de parole avec les chaises en arc de cercle ouvert sur un espace vide, l'espace de jeu. Cette salle possède une ouverture et une fenêtre sur l'espace de jeu de l'hôpital de jour sans vis-à-vis avec l'extérieur. L'espace doit être remis en place après la fin du groupe.

Le groupe de psychodrame dure 1h30, tous les quinze jours. Il est demandé un engagement pour une période entre deux vacances scolaires et une certaine assiduité avec la courtoisie de prévenir en cas d'absence. Aucune limite de temps de participation n'a été évoquée.

Atelier au CHS

L'atelier débute par une discussion autour d'un café entre patients, soignants et artistes. Cette journée n'est pas la première journée du projet. Elle est la première d'une résidence de trois jours. Les patients et soignants sont conviés ici à se retrouver pour répéter et créer ensemble autour de la pratique du théâtre. Au cours de la séance observée, la discussion se centre pour commencer autour des contraintes de planning de chacune et chacun. Les patients donnent leurs indisponibilités pour les trois jours de résidence qui vont suivre (rendez-vous médicaux, judiciaires, autres activités qui se télescopent). L'intervenant explique ensuite le déroulement des trois jours rapidement et essaie de canaliser une patiente qui ne cesse de parler. Le travail artistique se centrera pour les jours à venir sur les textes écrits par les patients. Tiffany, une stagiaire comédienne se présente au groupe. Elle est à l'école de théâtre et envisage de devenir comédienne et de travailler dans le milieu du soin en tant qu'intervenante théâtre. Le comédien intervenant demande par la suite à quelqu'un de lire le texte d'un patient que ce dernier a écrit. La stagiaire psychologue se propose et lit le texte du patient qui a des difficultés à parler. S'en suit une discussion autour du texte qui rappelle une improvisation d'une répétition précédente à un autre patient et au groupe entier. Le patient dit avoir retrouvé un lien familial grâce à une coupure de journal d'un trapéziste ayant eu la « gueule cassée » durant la première guerre mondiale. Il affirme que c'est son grand-oncle. Cette histoire l'obnubile et il a pu la poser sur le papier pour la proposer au groupe. Un échange s'en suit avec une patiente qui trouve que ce texte est plein de sentiments. Le metteur en scène pense qu'il sera utilisable et qu'ils trouveront une forme pour l'intégrer au spectacle. Il propose une pause de cinq minutes.

La reprise s'effectue dans la grande salle omnisport. Les participants disposent les chaises en ligne. Cette salle accueille des concerts et est spacieuse. « Cette salle devient une salle de spectacle grâce à nous » m'affirme une soignante. Les soignants et patients se mélangent pour un échauffement corporel. Une patiente s'allonge sur un gros tapis de gym car elle est fatiguée. Les exercices de l'échauffement se centrent sur le corps, les épaules, le regard, les expressions physiques et orales. Un exercice de projection de son qui plaît aux participants permet à la patiente allongée de revenir dans le groupe pour participer. Il y a de l'amusement dans l'air.

Puis un geste et un son doivent circuler de participant en participant. La patiente fatiguée est encouragée à faire circuler la même intention avec de l'énergie. L'exercice suivant est une marche dans l'espace qui doit gagner en vitesse au fur et à mesure. « Chacun à son rythme » rappelle l'intervenant. La marche se ralentit et les participants doivent chuchoter à l'oreille quelque chose lorsqu'ils croisent une autre personne. Par deux, un exercice de confiance où les participants ferment les yeux et avancent avec un guide, un conducteur, se déroule pendant une quinzaine de minutes, durée moyenne des différents exercices. « On peut être conduit par tout le monde » proclame l'intervenant. Il explique également l'importance du silence dans ce type d'exercice.

Le dernier exercice est celui de la chaise placée au centre de la pièce. Les participants doivent s'asseoir les yeux fermés et se relever en courant jusqu'au fond de la salle en gardant les yeux fermés. Des applaudissements ponctuent le passage de chaque participant. Le retour sur les chaises des participants sonne la fin de l'atelier.

Atelier de Bruno Boussagol

Dans l'atelier de Boussagol il n'y a pas d'analyse. Le psychiatre visionnait cependant les captations des ateliers dans une optique thérapeutique, du moins dans la recherche de la compréhension du psychisme des enfants.

Des consignes très simples rythment cet atelier et laissent aux enfants une marge de liberté très grande dans l'espace scénique. Les différentes séances visionnées montrent une régularité dans le dispositif mis en place par l'intervenant. Les enfants montent sur l'espace scénique matérialisé par un tapis puis s'expriment en jouant. Lorsque l'intervenant sent que l'intensité expressive baisse, il donne l'indication à l'acteur en herbe de trouver une chute. Ces

moments de création permettent ensuite en les compilant de créer de véritables spectacles. L'atelier se déroule dans une salle bien adaptée.

Phase de restitution

Le théâtre est une activité qui demande une relation spécifique aux spectateurs. Un des buts premiers de cette pratique est de jouer un personnage devant un public. Sans spectateur, il n'y a pas de théâtre. Il faut dire ici que ce n'était pas le point de vue de Grotowski. Il distingue Théâtre-spectacle et Théâtre-comme véhicule, et choisit de se consacrer au second à un moment de sa vie, estimant que le théâtre-spectacle nuit au travail de l'acteur. Pour autant, le théâtre n'est pas une activité qui se fait seul et dans tous les ateliers que j'ai observés un espace de jeu est identifié pour distinguer les acteurs en représentation des spectateurs.

La phase de restitution va plus loin. Elle propose de convoquer un public extérieur à l'atelier pour venir assister à un spectacle préparé durant les séances de pratique. Elle n'est pas nécessaire dans tous les types d'atelier. Ainsi, les ateliers à visée thérapeutique ont rarement cette finalité. Cette nécessité de représentation se trouve plutôt dans les ateliers à vocation artistique ou sociale.

Des objectifs différents en fonction des types d'ateliers

Les objectifs de ces restitutions sont pluriels. Elles sont la conclusion de l'intervention dans de nombreux ateliers artistiques. Des intervenants demandent alors aux acteurs de se surpasser :

On essaie que la sortie de chantier soit un moment intense. On amène des lumières, on propose une petite scénographie. Le spectacle est toujours une déambulation. Je me méfie toujours du côté kermesse. On cherche donc à se dépasser. Des fois c'est compliqué car on a des jeunes qui ont des grosses pathologies. On a joué sur le parking de l'hôpital. C'était agréable de pouvoir se sentir un peu plus professionnel⁵⁵⁴.

L'objectif est ici de sensibiliser les jeunes de ce service de pédopsychiatrie à la professionnalisation du monde du spectacle. Ce sentiment de professionnalisme peut se

⁵⁵⁴ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

retrouver sous d'autres formes dans cette phase de restitution. Ainsi, dans ce projet, les acteurs cherchent une source de financement pour se produire et pour pouvoir jouer leurs spectacles à l'extérieur : « Si on veut aller jouer ailleurs il faut qu'on gagne du pognon. Si on veut gagner du pognon on va se produire. Si on se produit on va faire payer les places et on ne sort pas avec une banderole les fous sont sur scène⁵⁵⁵. » C'est là une ambition originale qui ne se retrouve pas dans beaucoup de projets.

L'énergie du moment est une particularité partagée par l'ensemble des intervenants. La restitution est toujours intense pour les participants et interroge sur le bienfondé de l'intervention :

La restitution c'est un moment très fort. Parfois le pourquoi vous êtes là est un peu suspendu. La restitution c'est l'endroit où le projet éclot. La reconnaissance naît là. Les gens se redécouvrent. Je vis toujours de manière très forte cette restitution et quand je dis au revoir je me pose toujours la question de l'après. Et ça pose question. J'adore ce que je fais mais il y a des moments où je me dis que je m'en vais et qu'ils restent avec leurs maladies, leurs pathologies⁵⁵⁶.

Que se passe-t-il ensuite ? Comment les patients endurent l'expérience d'un atelier ? Ce sont des questions majeures dans l'évaluation de la politique culturelle menée dans ces établissements. Cette ouverture sur la pratique culturelle peut faire espérer que même une fois terminé, le souvenir des projets circule toujours auprès des proches des patients et que ceux-ci puissent avoir le désir de poursuivre une autre aventure artistique.

Dans d'autres projets, ce sont plusieurs centaines de représentations et la phase de restitution s'allonge et débouche sur la création d'une troupe de théâtre en tant que telle. C'est le cas de la troupe « Aujourd'hui ça ne s'appelle pas ». C'est là une caractéristique très singulière à ma connaissance. Peu de projets ont abouti à la création d'une troupe et à la représentation de plusieurs spectacles. Ici, les soignants accompagnent les patients dans les déplacements de la troupe et servent de soutiens aux comédiens en herbe. Le rôle de soutien du corps médical dans cette phase se retrouve dans d'autres projets où ils soufflent le texte et même parfois partagent la scène avec les patients. On retrouve la caractéristique de la troupe à l'HDJ de l'hôpital Ste-Thérèse à Montignies-sur-Sambre en Belgique. Ici, « La troupe du Guéret est composée de personnes de l'hôpital de jour mais aussi de personnes qui l'ont quitté. D'autres,

⁵⁵⁵ MR CELLIER, « Entretien du 3 juillet 2019 ».

⁵⁵⁶ MME PALAIS, « Entretien du 22 mai 2018 ».

venant de divers centres psychiatriques, se joignent aux participants de l'hôpital de jour⁵⁵⁷. » Les participants se retrouvent alors dans la création d'un projet esthétique. « De nos jours, au théâtre, une troupe est un collectif rassemblé pour mener à bien un projet esthétique⁵⁵⁸. »

La restitution marque également parfois un temps fort dans certaines institutions, par exemple à la Clinique de la Borde. Là-bas, tous les 15 août, une fête est organisée autour d'un spectacle, restitution de l'atelier de création artistique de l'année. C'est ce que relate Mathon et Turine⁵⁵⁹ dans leur expérience de création. On retrouve cela dans le film *La moindre des choses*⁵⁶⁰. Ce moment fort de la clinique correspond à une volonté de partage avec l'ensemble des membres de l'institution de la création de l'atelier. J'ai retrouvé cette volonté dans un atelier mené dans un CATTP « On a trouvé que c'était bien de montrer aux autres patients et aux autres personnels à la structure⁵⁶¹. » Dans le cas de l'atelier de la clinique de la Borde, les intervenants cherchent aussi à ouvrir l'établissement sur l'extérieur en invitant les amis et les familles des patients.

Cette ouverture vers l'extérieur se retrouve dans le projet Belge de l'HDJ du Guéret développé autour de Luc Godart et de Georges Volral : « Partis de l'espace même du centre de jour où les premières représentations publiques s'y sont déroulées, nous avons migré vers différents lieux « publics » de la cité, joué dans des salles paroissiales, centres culturels, école... l'atelier de l'intérieur s'ouvrant à l'extérieur⁵⁶². »

L'atelier se déroule dans un hôpital de jour où le psychodrame et le sociodrame sont très présents. Une différence de taille s'établit alors dans cette phase de restitution. Elle est essentielle dans les ateliers à vocations artistique ou sociale, plus anecdotique dans les ateliers à médiation thérapeutique. « Dans le psychodrame pas de restitution, le jeu se passe au sein du groupe qui constitue une protection, il n'y a pas lieu de le rendre public il y a même une règle

⁵⁵⁷ A. Lieven, *Théâtre, psychiatrie, ergothérapie*, op. cit.

⁵⁵⁸ VINOT Frédéric, RAUFAST Lionel et VIVES Jean-Michel, « Les médiations thérapeutiques par le théâtre : entre fiction et friction », in *Cahiers de psychologie clinique*, n° 2, n° 55, 25 août 2020, p. 81-99.

⁵⁵⁹ H. Mathon et T. Turine, « La marche à deux pattes », art cit.

⁵⁶⁰ PHILIBERT Nicolas et GIROUD André, *La moindre des choses*, Paris, CNC (Centre national de la cinématographie) : Images de la culture, 2008.

⁵⁶¹ MME WONNER, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

⁵⁶² L. Godart, « Du jeu théâtral comme (re)construction du lien social. », art cit.

de confidentialité acceptée par le patient lorsqu'il intègre le groupe⁵⁶³. » Cette règle est partagée par les dramathérapeutes.

Enfin, la réception peut se faire en cours d'atelier. C'est l'exemple de l'atelier de Chimisanas : « Un éducateur qui arrive à mi-séance. Les enfants lui présentent le travail qu'ils ont effectué. Il a une fonction de public, il a un regard neuf. Les enfants doivent, pour se présenter devant lui, mentaliser ce qu'ils ont fait⁵⁶⁴. »

Cet atelier, organisé au sein du CMP, est mené par un comédien professionnel assisté de deux éducateurs. Après cette phase de restitution dans l'atelier, chaque année, les participants envisagent tout de même une représentation à l'extérieur :

Le comédien propose de monter un spectacle, qui sera présenté en fin d'année, à partir du moment où les enfants semblent prêts à s'investir dans ce travail. La durée et la complexité du spectacle vont dépendre de la capacité des enfants à s'engager dans un tel projet. Suivant les années et les groupes, on va commencer les répétitions plus ou moins tôt dans l'année. La préparation de ce spectacle change le déroulement des séances. Après le centrage sur l'atelier, les enfants démarrent de suite sur le travail autour du spectacle⁵⁶⁵.

Une réception du public particulière ?

Une évolution dans l'ouverture de la psychiatrie est notée par cet intervenant qui a une grosse pratique de l'atelier théâtre dans les services de psychiatrie depuis une vingtaine d'années. « On n'a jamais joué à l'extérieur. Depuis vingt ans les choses ont beaucoup évolué. La psychiatrie s'est beaucoup ouverte⁵⁶⁶. »

En pointant l'ouverture de l'institution psychiatrique, cet intervenant, de plus militant pour le respect des droits culturels, donne une justification des restitutions organisées à l'extérieur. Il s'agit de montrer que là aussi, dans les établissements psychiatriques, les patients peuvent devenir des comédiens et monter des spectacles dans la cité. Mais cette phase de restitution pose aussi des questions d'éthique en rapport à ce que l'on demande aux patients.

⁵⁶³ MME SEUZARET, « Entretien du 19 novembre 2019 ».

⁵⁶⁴ Gérard Chimisanas, *Un atelier théâtre en CMP, op. cit.*

⁵⁶⁵ *Ibid.*

⁵⁶⁶ MR GAUTHIER, « Entretien du 12 juin 2018 ».

Comme dit plus haut, il peut y avoir un côté venez voir les fous sont sur scène. Comment confronter ce qui a été créé à un public ?

« C'est le regardeur qui fait l'œuvre. Ce temps qu'on appelle restitution est la marque de la fin du projet. Pour tout le monde c'est important de marquer ce temps de partage⁵⁶⁷. » Cette définition proposée par un responsable du dispositif Culture et Santé relate les enjeux liés à la reconnaissance du travail de création, du travail de l'artiste, à sa réception dans le cadre d'atelier à vocation artistique.

Cette reconnaissance est interrogée par l'ensemble des intervenants. Ainsi, Boussagol propose d'avoir un regard particulier dans le cadre de représentation de la compagnie créée à l'hôpital : « Sur scène, dans une production d'« Aujourd'hui ça s'appelle pas », on peut assister, c'est-à-dire porter assistance à un geste artistique, à une invention qui est valable pour toute l'humanité. Être spectateur, c'est être le témoin puis le colporteur de cette émergence⁵⁶⁸. » Il s'agit de porter ici un regard bienveillant qui prête attention à des créations particulières.

D'autres intervenants se posent aussi des questions autour de cette réception et rappellent là que l'acte théâtral doit convoquer un public : « On propose une sortie de chantier. Ce n'est pas un spectacle, c'est une sorte d'avancement du travail. On vous montre où on en est. C'est ouvert car un comédien sans public c'est comme un navigateur sans bateau⁵⁶⁹. »

Une phase difficilement atteignable

Dans l'atelier que je dirigeais à la Clinique des Saules, je n'ai jamais réussi à parvenir à cette phase. Des patients auraient aimé pouvoir présenter aux autres patients et aux personnels l'aboutissement d'un projet. Les répétitions autour de textes pouvaient permettre d'aboutir à cette phase mais les difficultés de présence liées au turnover des patients ont rendu impossible cet objectif. Un patient est admis en hospitalisation complète, un autre doit quitter l'atelier car sa prise en charge est terminée. Voici ce que m'a révélé un patient de mon groupe : « La régularité des patients empêche de monter une pièce. Le turn over est compliqué à gérer. Encore quand les gens restent plusieurs mois⁵⁷⁰. »

⁵⁶⁷ MR VELLA, « Entretien du 31 janvier 2018 ».

⁵⁶⁸ B. Boussagol, « Un atelier-théâtre en hôpital psychiatrique », art cit.

⁵⁶⁹ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

⁵⁷⁰ MR DUMAS, « Entretien du 26 avril 2019 ».

C'est une réelle difficulté dans ce type de projet relevé par plusieurs autres intervenants.

J'ai annulé l'année dernière une représentation car sur les dix comédiens on m'a annoncé le lundi pour la représentation du vendredi que huit sortaient. On n'a pas pensé que ça pouvait faire partie du projet de soins. Dans le nouveau projet j'ai trois jeunes qui reviennent le lundi malgré qu'ils aient fini leur hospitalisation. C'est une volonté de leur part de dire on revient⁵⁷¹.

Des solutions peuvent être trouvées comme dans ce projet où les patients reviennent pour terminer l'aventure théâtrale. Elles doivent être négociées localement pour pouvoir trouver des adaptations soutenables pour l'ensemble des acteurs. Cependant, dans beaucoup de projets, j'ai relevé cette difficulté : « La grosse difficulté de ce projet c'est que les patients et les soignants sont mouvants. J'ai une compagnie de théâtre mais pas avec les mêmes comédiens. Quelle est la meilleure façon de travailler⁵⁷²? » Cela questionne les intervenants sur le déroulement même de l'atelier. Cette comédienne signale aussi cette instabilité : « On s'est retrouvé à ne pas pouvoir construire quelque chose parce que dès que tu commences trois semaines ça bouge. Donc ensuite on nous a demandé de travailler à partir de textes de Shakespeare⁵⁷³. »

Enfin, ce comédien signale lui la possibilité d'entrer dans son atelier tout au long de l'année : « Il y a des gens qui arrivent très tard dans l'atelier à tout moment. Par exemple l'année dernière un patient s'est cassé la cheville et n'a pas pu commencer mais il est arrivé au mois d'octobre-novembre. J'accepte tout au long de l'année les patients⁵⁷⁴. » Une restitution est alors inenvisageable.

⁵⁷¹ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

⁵⁷² *Ibid.*

⁵⁷³ MME WONNER, « Entretien du 4 juillet 2017 ».

⁵⁷⁴ MR DUPONT, « Entretien du 25 novembre 2017 ».

Des adaptations nécessaires

Le corps et ses handicaps

Je vais maintenant aborder la nécessité d'adaptation des exercices dans l'univers particulier de l'établissement de soins des maladies mentales. Les handicaps provoqués par les maladies obligent l'intervenant à proposer des exercices aux patients réalisables pour l'ensemble des participants. L'adaptation des exercices est parfois nécessaire même si une pratique relativement normale du théâtre peut être envisagée dans certaines structures avec des patients dont la pathologie n'est pas trop handicapante dans la pratique du théâtre.

Le théâtre est un art corporel avant tout. « Il y a une grosse importance du travail sur le corps⁵⁷⁵. » Le corps du patient est mis en jeu dans la pratique de l'art dramatique. La corporéité de l'acteur est au centre de la création théâtrale, le corps au théâtre est grandement sollicité.

Il faut donc l'échauffer puis le relaxer. Cela se fait comme dans tout autre atelier. Les temps d'échauffement sont l'occasion de prendre conscience de chaque partie de son corps, de jouer avec et d'en ressentir les limites. « On fait des jeux par rapport aux éléments et déplacements dans l'espace. On s'échauffe dans le but d'appriivoiser le corps. Comment s'approprier son corps, s'approprier des émotions^{576?} » La nécessité d'adaptation des exercices apparaît lorsque les corps sont handicapés. On parle ici d'handicap physique et d'handicap psychique.

Un répertoire d'exercices spécifiques n'est pas obligatoire. C'est ce que signale cette intervenante : « Les exercices sont issus de l'atelier que je fais en amateur et dans un livre la fabrique à théâtre⁵⁷⁷. » Pour autant, ils vont demander à des moments des adaptations. Durant mes interventions, cela s'est relevé plusieurs fois nécessaire.

Premièrement, le handicap physique. Dans le cadre de mon atelier, un patient était en fauteuil roulant. J'ai alors été obligé d'adapter les exercices en fonction de son handicap. Les autres patients ont de suite compris la nécessité de l'adaptation et ont très bien joué le jeu.

⁵⁷⁵ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

⁵⁷⁶ MR DUPONT, « Entretien du 14 juin 2018 ».

⁵⁷⁷ MME VOCANSON, « Entretien du 6 avril 2018 ».

L'obligation de la position debout est alors à proscrire et l'incapacité de bouger l'ensemble de son corps impose de fortement adapter les consignes. Une autre intervenante relate cette expérience de travail avec des participants en fauteuil : « Comme les patients étaient en fauteuil roulant ils n'allaient pas faire un gros travail physique donc la salle était suffisante⁵⁷⁸. »

D'autres situations ont amené des adaptations dans le cadre d'exercices corporels. Il s'agit par exemple d'une patiente ayant le syndrome de Dupuytren, dont les doigts étaient déformés par cette maladie. Cette difformité était plus ou moins acceptée par la patiente et il arrivait dans certains exercices (l'exercice des statues par exemple) que je sente une gêne dans la mise en scène de sa main par un autre patient. Pour autant, connaissant bien cette patiente très investie dans l'atelier, je n'intervenais pas et la laissait libre de me communiquer sa gêne. J'aurais alors stoppé l'exercice en la préservant. Cette notion de bienveillance est essentielle dans la relation au corps, notamment au corps handicapé. D'autres gênes ont pu être observées dans le cadre de l'atelier. Par exemple, dans des exercices qui demandaient de la proximité entre les corps, certains patients ont manifesté un embarras. Là encore je stoppais immédiatement l'exercice et je proposais un autre exercice sans m'appesantir sur ce malaise. Cela a également été observé dans l'atelier de psychodrame lors des mises en train (exercice d'échauffement) en duo, autour d'exercices de confiance.

Les patients ne sont pas toujours conscients de la forte sollicitation du corps dans l'activité théâtrale. C'est cet aspect que signale cette patiente : « Le théâtre peut décoincer physiquement. Pour moi le fait de me rendre compte que je pouvais m'exprimer en public c'était important. La confiance en soi, c'est bateau. Cela m'a permis d'enrichir ma vision du théâtre. Ce n'est pas que du texte. Il y a aussi de l'expression corporelle, gestuelle⁵⁷⁹. » Au fur et à mesure des séances, les patients apprivoisent leur corps et le but est qu'ils en aient une meilleure estime. Ainsi, cette même patiente relate ici l'aspect thérapeutique : « Pas de côté thérapeutique. J'ai eu l'impression que tu ne tenais pas compte de la pathologie des personnes. Et ce n'est pas plus mal. Le fait de défiler devant les autres lorsqu'on a un complexe physique ça peut être violent, notamment avec Peggy. D'autres ne sont pas très très à l'aise⁵⁸⁰. »

⁵⁷⁸ MME SAUTOUT, « Entretien du 22 mai 2018 ».

⁵⁷⁹ MME YAGOUB, « Entretien du 3 mai 2019 ».

⁵⁸⁰ *Ibid.*

Dans l'atelier de psychodrame que j'ai observé, une patiente souffrante d'anorexie avait une relation particulière avec son corps ce qui a influé sur le déroulement de l'atelier. J'ai pu constater qu'il était difficile pour cette patiente de rester assise lors des temps d'échanges verbaux. Elle s'asseyait en bord de chaise pour consommer de l'énergie et limiter les douleurs liées à sa maigreur.

D'autres au contraire abordent l'expression corporelle très facilement. C'est le cas dans mon atelier d'une patiente très expressive. Elle avait pratiqué la danse et proposait souvent des mouvements corporels très expressifs. Les autres patients et moi-même pouvions être surpris de ces moments dansés qui n'avaient pas forcément de lien avec le contenu de l'atelier.

Deuxièmement, le handicap psychique. Il peut être de plusieurs ordres dans le cadre d'un atelier théâtre et impacter la concentration, la diction, la compréhension des exercices, la relation à l'autre... Dans l'atelier que je menais à la Clinique, la maladie des patients était stable et ils ne présentaient pas de grosses difficultés pour la pratique du théâtre. Pour autant, quelques handicaps psychiques ont influé sur le déroulement de certains ateliers.

Plusieurs patientes psychotiques avaient de grosses difficultés à apprendre le texte. Cela nécessitait des ajustements. Je décidais aussi de les faire travailler sur des textes car cela était important pour la mémoire. Cependant, je me rendais bien compte des difficultés insurmontables. Alors je proposais que ces patientes développent des stratégies d'improvisation. Cela marchait bien. Elles étaient très drôles et faisaient rire l'assistance. Là encore je veillais au regard bienveillant.

Une autre patiente avait elle aussi en plus d'une incapacité totale à apprendre le texte de réels problèmes de diction dans son quotidien. Au cours de l'atelier, cela se révélait encore plus problématique. Aussi une autre patiente avait également des problèmes dans le volume de sa voix. L'idée était donc de travailler sur cette prise de parole en public. Le théâtre est ici tout à fait adapté. Dans un autre projet, l'intervenante signale l'aspect très délicat lorsque l'on aborde l'apprentissage du texte : « J'ai eu plusieurs fois des patients qui ne savent pas lire donc on travaille à partir d'improvisation⁵⁸¹. » Cela nécessite aussi une adaptation forte, de proposer un théâtre sans le support textuel.

⁵⁸¹ MR DUPONT, « Entretien du 17 septembre 2018 ».

Dans les autres ateliers que j'ai étudiés, les difficultés liées aux handicaps psychiques des participants sont plus ou moins présentes. Elles peuvent être très fortes comme dans l'atelier de Boussagol ou plus anecdotiques comme dans les ateliers de création artistique du Théâtre du Reflet ou du Procédé Zèbre. Pour le psychodrame, c'est encore différent et les participants ont davantage des problèmes liés à leur pathologie.

Des adaptations sont souvent nécessaires et doivent se faire en collaboration avec les participants et le monde soignant. Cela dépend aussi des pathologies des patients. La stabilisation de la pathologie semble indispensable pour pouvoir mener un atelier dans les établissements, qu'il soit thérapeutique ou à vocation artistique.

Un cadre strict et des règles claires

L'activité théâtrale impose quelques règles qui doivent être partagées par tous les membres de l'atelier. Il faut délimiter un espace scénique, un espace dédié aux spectateurs (si spectateurs il y a), réguler la prise de parole, proposer des temps d'échange à la suite des propositions scéniques ou encore des temps d'échauffement et de relaxation. Je montrerai ici qu'un atelier peut avoir seulement quelques règles quand d'autres s'organisent autour de nombreuses conventions.

Le premier point à analyser ici est celui de la compréhension de la règle et le rôle des soignants. Dans l'environnement des soins psychiatriques, des particularités liées aux troubles psychiques des participants influent sur la mise en place de règles communes. Les patients doivent comprendre ce qu'on leur demande. Dans le cas de patients lourdement malades, des règles complexes et des temps de parole sont très compliqués à envisager. Pour limiter les difficultés de compréhension des participants, les règles doivent alors être les plus simples possibles et les soignants doivent venir en soutien de l'intervenant pour maintenir un cadre.

C'est le cas dans l'atelier de Boussagol. Dans cet atelier, seul l'espace scénique est délimité et le temps de passage des patients régulé. Les consignes de jeu sont très simples. « Tu entres sur scène, tu sors de scène, trouve une chute⁵⁸². » Boussagol n'utilise qu'un tapis et demande aux enfants de proposer une action expressive que les autres regardent. L'intervenant

⁵⁸² BOUSSAGOL Bruno, *Captation de l'atelier au CHS*, 1990.

n'impose que très peu de choses. Il s'appuie également sur les soignants présents pour canaliser les patients qui sont dans l'espace des spectateurs et qui peuvent être agités et déborder du cadre imposé. Les infirmières cherchent à ce que les spectateurs (ou personnes hors scène qui ont du mal à saisir la délimitation) ne gênent pas ce qui se passe dans l'espace de jeu. C'est très simple. Le cadre est posé par l'intervenant et la présence de soignants aide au bon déroulement.

Pour des ateliers où les patients ont des difficultés de compréhension moins importantes, c'est le cas dans mon atelier, dans celui du psychodrame ou ceux du Procédé Zèbre et du Théâtre du Reflet, les règles peuvent être plus complexes et l'intervenant peut donner des indications plus précises sur ce qu'il est possible ou non de faire dans l'atelier. Hormis la prise en compte des pathologies, qui peuvent être plus ou moins gênantes dans la pratique du théâtre, l'atelier est relativement construit de la même manière qu'un atelier de pratique à l'extérieur lorsqu'il s'agit d'un atelier à vocation artistique.

Dans le cas de mon atelier, quelques patients pouvaient avoir des difficultés de compréhension. Il s'agissait de patients psychotiques qui ne comprenaient pas quelquefois ce que je leur demandais de faire. Il fallait alors soit montrer soit répéter. Je le faisais souvent. D'autres patients pouvaient aussi aider ceux qui ne réussissaient pas à comprendre les consignes. Aussi, à la suite de quelques échecs autour de jeux particulièrement exigeants, je n'étais pas trop ambitieux dans le type de jeu que j'allais demander. Au fur et à mesure des ateliers, mon expérience me permettait d'anticiper dans la recherche d'exercices de ce qui était possible et de ce qui ne l'était pas.

Les règles sont grandement liées à la possibilité de compréhension des participants mais également par le type d'atelier. C'est là un deuxième point majeur. Dans le cas d'un atelier thérapeutique, les règles et les conventions théâtrales sont influencées également par cette particularité de recherche de guérison ou d'atténuation du trouble. Par exemple, des moments de parole plus nombreux sont alors proposés dans le cadre d'un atelier de psychodrame. Cette psychothérapie est également régie par des règles précises assurant un cadre sécurisant au groupe. Il s'agit de la confidentialité, de l'assiduité, de la ponctualité et de la restitution (les participants doivent rapporter aux groupes ce qu'ils se sont dits à l'extérieur des ateliers si cela concerne le groupe ou l'activité). La liberté de refuser de tenir un rôle ou de faire un exercice si cela n'est pas confortable pour soi est aussi une règle posée dans l'atelier de psychodrame. Les règles doivent ici aider à atteindre le but thérapeutique recherché.

Le troisième point qu'il est important de signaler est l'importance de ces règles et du cadre strict pour le bien-être des patients. Lorsque l'on pratique le théâtre en service de psychiatrie, ce que l'intervenant demande aux patients peut parfois être difficile à mettre en œuvre, soit parce que l'estime de soi est altérée par la maladie, soit parce que le corps n'est pas assumé, soit parce que la relation à l'autre est compliquée. Cela se retrouve autant dans un atelier artistique que thérapeutique. Une prise en compte des difficultés liées à la pratique du théâtre pour des patients psychiatriques est nécessaire et la présence d'un soignant est conseillée pour le maintien d'un cadre bienveillant. L'activité théâtrale ne doit pas mettre en difficulté les patients. Il semble qu'il soit nécessaire que les intervenants soient formés à ce niveau ou qu'un personnel soignant vienne assister l'intervenant pour maintenir un cadre accueillant. Il faut aussi que le comédien connaisse les patients pour connaître leur rapport avec cette pratique et la prise de risque envisageable pour eux autour des exercices inhérents au théâtre (jouer des expressions, des personnages, des sensations, des jeux de voix...).

Olivier Couder, comédien et metteur en scène, très engagé dans le secteur du handicap, rappelle cette nécessité de cadre et pointe la relation avec les soignants⁵⁸³. Il propose un modèle pour les interventions artistiques dans les institutions médicales où un référent de l'institution doit être présent pour être garant du cadre et des bonnes conditions de déroulement pour les patients. Les missions doivent être clairement séparées. A l'intervenant de se soucier du travail artistique (formation de l'acteur, travail de création, répétitions et représentations) et à l'institution de gérer le côté administratif et thérapeutique. Cette proposition est illustrée dans l'atelier de Chimisamas : « Un garant du cadre (éducateur) qui participe avec les enfants et gère les conflits, le non-respect des règles, qui aide les enfants à entrer dans le groupe. Le fait que l'adulte puisse se mettre en scène permet aux enfants d'oser se présenter aussi, il entraîne les enfants⁵⁸⁴. »

La présence de soignants se retrouve dans de nombreux ateliers : dans l'atelier du Procédé Zèbre, où des soignants infirmiers et psychologues participent avec les patients, dans l'atelier à l'HDJ du Gruéret où un infirmier et un ergothérapeute accompagnent le metteur en scène extérieur. Cela se retrouve encore dans l'atelier du CMP de Chateaubriand : « La notion de soin est à la charge des thérapeutes. Lors des séances, l'idée d'horizontalité est essentielle.

⁵⁸³ ROMEAS Nicolas, *Les hors-champs de l'art: prisons, psychiatrie, quelles actions artistiques ?*, Paris, Cassandre, 2007.

⁵⁸⁴ Gérard Chimisanas, *Un atelier théâtre en CMP, op. cit.*

Les professionnels de santé et les patients répondent aux mêmes consignes, à la même exigence du professeur de théâtre. Les soignants, sans oublier leurs rôle et place, sont des participants, des élèves comédiens⁵⁸⁵. » Les soignants sont ici sur un pied d'égalité avec les patients en ce qui concerne la pratique théâtrale mais gardent leur statut dans le cas de débordement. Ils restent malgré tout des soignants. On retrouve cette particularité dans l'atelier de cette infirmière qui organise un atelier théâtre dans un CHS : « Toutes les deux semaines l'atelier dure 1h30. On est deux soignants, n'importe quel collègue de l'équipe. L'idée c'est de tourner pour l'apport de chacun. On participe au même titre que les patients⁵⁸⁶. » L'implication de l'ensemble du service et la singularité de chaque intervenant est pointée pour un atelier pluriel et divers. Cette infirmière reste cependant la référente de l'atelier et c'est bien elle qui dirige toutes les séances.

Enfin, dans l'atelier du Théâtre du Reflet, ou dans celui que je proposais à la Clinique des Saules, aucun soignant n'était présent. Dans mon cas, je posais donc le cadre et les règles que je voulais. Cette liberté dans les règles imposées par l'intervenant est une des critiques qui peut être faite aux intervenants extérieurs ayant pour objectif le soin. La dramathérapie et l'art thérapie notamment, manqueraient de cadre suffisamment protecteur.

Selon Mme De Baets, les art-thérapeutes –la plupart du temps- n'instaurent pas un cadre suffisant et surtout nécessaire et ils mettent alors leurs patients en danger. Ils ont dans leur formation quelques notions sur les maladies mentales mais pas suffisamment. Elle a rencontré des art-thérapeutes qui n'étaient le plus souvent, pas assez « structurés ». Pour les patients, cela est source d'angoisse, et cela les pousse alors à aller jusqu'aux limites voire à les dépasser. De plus, Mme De Baets insiste sur le fait que les art-thérapeutes se permettent des « interprétations sauvages » mais, ils n'ont pas d'assise thérapeutique⁵⁸⁷.

L'ergothérapeute pointe ici la nécessité de formation et d'intervenant qualifié. Je n'avais dans mon cas pas de regard psychologique puisque d'une part je ne maîtrisais pas cette discipline et que d'autre part aucune interprétation ne m'était demandée par l'équipe soignante de la clinique. Ce qui m'était demandé par les soignants était de travailler autour de l'affirmation de soi des patients dans les ateliers. C'est un objectif souvent visé dans le cadre de ce type d'atelier.

⁵⁸⁵ A. Couedic, I. Croquefer, T. Maillard, et al., « A la croisée du soin, de l'art et de la culture », art cit.

⁵⁸⁶ MME VOCANSON, « Entretien du 6 avril 2018 ».

⁵⁸⁷ A. Lieven, *Théâtre, psychiatrie, ergothérapie*, op. cit.

En ce qui concerne l'atelier du Théâtre du Reflet à Corbeil-Essonnes, les soignants n'accompagnent pas les patients dans l'atelier mais ce dernier est mené par un comédien qui est aussi médecin psychiatre. L'objectif ici n'est pas thérapeutique, l'atelier est destiné à proposer à des patients une pratique artistique. Seulement, avec les connaissances médicales liées à sa formation de médecin, le responsable garde un regard bienveillant et accueillant auprès des patients. Cette spécificité de responsable d'atelier ayant à la fois des capacités liées à la pratique et au cadre médical se retrouve dans l'atelier de psychodrame animé par un psychologue et une pédopsychiatre. Ils posent à la fois le cadre, le maintiennent, et proposent les règles de l'activité psychodramatique.

De la bienveillance et du lien

L'activité théâtrale est une pratique collective. Le nombre de participants dans les ateliers oscille autour d'une dizaine de participants. « Les ateliers étaient de 12 personnes grand maximum. Il fallait absolument une présence hospitalière⁵⁸⁸. » Ce nombre limité de personnes est lié au fait de la difficulté de gérer de grands groupes pour l'activité théâtre, en particulier dans le monde du soin, où l'assistance des soignants est nécessaire comme le signale cette intervenante. On retrouve cette jauge d'une dizaine de participants dans les autres secteurs du théâtre appliqué⁵⁸⁹ (école, amateurs, prison, entreprise).

En tant qu'activité collective, l'atelier théâtre impose donc aussi la prise en compte de la totalité des membres du groupe. De plus il s'agit ici de personnes en souffrance. La bienveillance est donc nécessaire et doit être partagée par l'ensemble des participants. L'activité théâtrale met le corps en scène, le livre au regard du public. Ici, dans les établissements psychiatriques, les témoignages et les études menées autour de ces ateliers s'accordent sur cette nécessité. Cette notion de bienveillance passe par l'écoute des participants entre eux. C'est de plus une réalité lorsqu'on pratique le théâtre. Des exercices étaient proposés dans ce sens.

On retrouve aussi l'importance que les différents membres de l'atelier accordent au regard des autres. Les difficultés liées à ce regard extérieur se retrouvent dans plusieurs passages d'entretiens avec les patients. « Cet atelier m'était très difficile au départ. Je faisais en

⁵⁸⁸ MME SAUTOUT, « Entretien du 22 mai 2018 ».

⁵⁸⁹ M. Martinez Thomas, *Le théâtre appliqué. Enjeux épistémologiques et études de cas* -, op. cit.

sorte de l'éviter. J'avais peur du jugement. Puis avec la confiance dans le groupe, cette activité m'a permis de me défouler, m'affirmer, oser, m'ouvrir. Ne plus avoir peur du ridicule. Me sentir un peu plus l'égal des autres. Ne plus me sous-estimer⁵⁹⁰. » Cette patiente pointe l'importance du groupe qui est repris par cet autre patient : « Il y a un phénomène de groupe. On n'est jamais tout seul. Comme il y a un regard bienveillant ça incite à y aller⁵⁹¹. » L'ensemble des patients que j'ai interrogés relève l'importance du groupe et du regard bienveillant. « Si le groupe est bienveillant, je me sens en confiance. Du coup ça a un bon impact⁵⁹². »

J'ai aussi ressenti ce cadre de bienveillance de l'ensemble des patients dans l'atelier de la Clinique. Ils se savent en difficulté, malades, et se doivent alors de tisser des liens dans ce type d'atelier, de ne pas juger l'autre patient qui est lui aussi pris en charge. Des patients avaient de réelles difficultés à s'intégrer aux groupes. Cependant, les autres patients cherchaient à les intégrer. J'ai eu une seule fois durant les trois ans un problème majeur avec un patient. Comme je l'indiquais plus haut, je n'imposais jamais aux patients de pratiquer les exercices. Ils avaient le choix. Cependant, dans le cas de ce patient, il ne voulait pas participer. Des patientes membres de ce groupe sont alors allées voir les infirmières de la Clinique pour signaler le manque de collaboration de ce patient. Je ne l'avais pour ma part pas fait car j'espérais que petit à petit sans le brusquer, ce patient puisse entrer dans l'activité. Il venait tout de même volontiers dans l'atelier. Seulement, la plainte des autres membres du groupe a obligé les infirmières à me faire remonter ces difficultés des autres membres vis-à-vis de sa position uniquement de spectateur. Une infirmière allant jusqu'à insister sur sa participation m'indiquant que « la sécurité sociale payait sa prise en charge⁵⁹³ » et qu'il devait participer obligatoirement aux exercices ou changer d'atelier. Cela me posa grandement question et je dus en parler à ce patient. Il m'indiqua ses difficultés liées à la pratique du théâtre et décida de changer d'atelier. Ce patient n'avait pas un regard malveillant, mais le fait de sa non-participation a imposé son exclusion. La participation de tout le monde est nécessaire afin que des différences de traitement ne se posent pas : « En tant que patient on est gêné quand des patients ne participent pas. Cela met des fois mal à l'aise⁵⁹⁴. » Cette patiente relate cette situation particulière.

⁵⁹⁰ MME YAGOUB, « Entretien du 3 mai 2019 ».

⁵⁹¹ MR DUMAS, « Entretien du 26 avril 2019 ».

⁵⁹² MR LUCE, « Entretien du 26 avril 2019 ».

⁵⁹³ MME BRUGIERE, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁵⁹⁴ MME YAGOUB, « Entretien du 3 mai 2019 ».

En plus de cette notion de bienveillance, j'ai observé une volonté de tisser du lien entre les participants des ateliers. Cela peut être de plusieurs ordres.

Dans le cas de l'atelier à la Clinique, les groupes sont mouvants de semaine en semaine. Cette mobilité oblige à un répertoire de jeu important pour ne pas proposer toujours les mêmes types d'activités. Elle impose aussi de trouver de la continuité dans les séances. Il n'est pas toujours facile de tisser du lien entre des groupes divers avec des activités elles aussi diverses. Cependant, au cours des trois années, des groupes se sont constitués d'eux-mêmes au fur et à mesure. Les patients choisissaient de s'inscrire dans un groupe plutôt que dans un autre en lien avec l'affinité avec les participants. Je laissais choisir les patients et ceci était fait en accord avec les infirmières. En plus de la bienveillance, il y a donc une notion d'affinité entre les patients.

D'autres patients plutôt en marge des groupes et discrets dans la Clinique pouvaient se révéler dans la pratique du théâtre et tisser des relations à la suite de ces ateliers. J'ai relevé cela à plusieurs reprises où des patients seuls se sont vus de plus en plus intégrés à un groupe autour de l'activité théâtre. L'aspect groupal influe aussi sur l'objectif même de l'atelier. Il peut influencer sur le parcours de soins des patients. C'est ce que révèle cette soignante :

Nous avons pu observer qu'un groupe s'est formé au fil des départs et arrivées. Il est devenu une entité à part entière. Il a aujourd'hui acquis des connaissances facilitant l'intégration et une progression rapide de nouveaux participants. Par ailleurs, ce groupe peut être utilisé de deux manières différentes. L'atelier a d'abord été pensé comme une passerelle du lieu de soin vers un lieu public, c'est-à-dire qu'il est le premier pas vers une possible inscription dans la cité. Mais il s'est révélé aussi être un outil d'accroche au soin du CMP, de par son positionnement dans un espace non stigmatisé et non stigmatisant⁵⁹⁵.

Ce point est également noté par cet infirmier qui attache une grande importance aux groupes dans son atelier : « L'atelier théâtre doit pouvoir intervenir comme un élément thérapeutique mais pas seulement. Ça doit être un vrai élément de construction sociale, de rapport à l'autre⁵⁹⁶. » Une attention particulière est portée à la participation de tous, chacun trouve sa place à son rythme.

⁵⁹⁵ A. Couedic, I. Croquefer, T. Maillard, et al., « A la croisée du soin, de l'art et de la culture », art cit.

⁵⁹⁶ MR CELLIER, « Entretien du 3 juillet 2019 ».

Enfin, l'applaudissement est une marque de bienveillance. Conclure chaque performance scénique par des applaudissements semble une bonne pratique autour de l'objectif de bienveillance. « Après chaque petite scène, les enfants sont applaudis. Cela a fonction de reconnaissance⁵⁹⁷. » L'absence de public extérieur, un fonctionnement en vase clos sont également des facteurs intéressants pour préserver un respect dans le regard au moins dans un premier temps, jusqu'à une éventuelle restitution. « 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 autres⁵⁹⁸ »

⁵⁹⁷ Gérard Chimisanas, *Un atelier théâtre en CMP*, op. cit.

⁵⁹⁸ *Ibid.*

Des finalités hétérogènes

Des outils pour l'affirmation et l'estime de soi

Beaucoup de choses peuvent être décrites et analysées lorsque l'on s'intéresse à un atelier de théâtre en psychiatrie. Martine Colignon, art thérapeute, donne ici quelques détails :

Parmi les invariants d'un dispositif, figurent le cadre institutionnel, l'espace précis dévolu aux activités, la durée des activités et leur inscription dans le temps, la régularité des activités et de leur suivi par le ou les intervenants concernés, la place du groupe lorsque les activités rassemblent plusieurs personnes, la place de la production par le sujet, la place de la parole et plusieurs autres éléments que l'on pourrait examiner en détail⁵⁹⁹.

Cette partie sur les finalités s'attache à décrire et analyser les exercices et les prestations scéniques en fonction des objectifs établis par l'intervenant. En plus de l'adaptation à la maladie, aux handicaps et à l'environnement particulier des structures psychiatriques, le responsable de l'atelier doit adapter l'intervention à la finalité de son projet, aux objectifs. Dans la totalité des ateliers que j'ai étudiés, des attentes sont posées. On ne vient pas faire des ateliers théâtre sans raison dans les établissements de soins des maladies mentales. Il faut se justifier par la thérapie, l'accompagnement social, la pratique artistique. Comme je l'ai montré précédemment, cela correspond à des visions diverses du soin et de la prise en charge des patients qui légitiment l'inscription de l'activité théâtrale dans ces services. Je propose ici de mettre en regard ces volontés diverses et les témoignages et observations de terrain pour comprendre comment cela influe sur le déroulement d'un atelier, sur l'activité en tant que telle. Les ateliers ne diffèrent pas énormément de ceux de pratique amateur. Pour autant des spécificités sont ici à relever.

Dans mon cas, l'affirmation et l'estime de soi étaient les deux objectifs visés par la pratique du théâtre. Voici ce que m'a révélé l'infirmière du centre de jour dans l'entretien que j'ai effectué avec elle à la suite des trois années d'intervention : « C'est l'activité qui fait travailler le plus la confiance en soi. Il faut prendre la parole devant tout le monde, il faut

⁵⁹⁹ J.-M. Lesain-Delabarre et M. Colignon, « Art-thérapie, médiations artistiques », art cit.

intégrer un autre personnage. Il faut se détacher du regard de l'autre. Cela demande une solidarité car si je me moque de lui un jour mon tour viendra⁶⁰⁰. »

La question du regard de l'autre est essentielle lorsque l'on aborde l'activité théâtrale. Une meilleure confiance en soi passe par l'acceptation de son physique. Les exercices que je proposais mettaient le corps en représentation toujours dans une optique bienveillante mais le confronter au regard des autres membres du groupe fait travailler les patients sur la présentation de soi, sa relation au regard de l'autre. Ils correspondaient en un sens au but recherché : s'affirmer et redorer son estime personnelle. C'est ce que relève cette patiente :

Pouvoir lâcher prise et m'autoriser à jouer un personnage différent de moi-même et me découvrir autrement. J'ai pris confiance dans ce que je faisais face à un public. J'ai adoré jouer des monologues. Surtout quand les autres reconnaissent notre travail positivement. Cela fait du bien avec humilité, aide à s'autoriser à faire ce que l'on ressent avec un support et un partage d'équipe avec d'autres⁶⁰¹.

Le regard de l'autre est majeur dans le cas d'une amélioration de l'estime de soi. Cela passe également par une bonne communication orale. Une patiente m'affirmait que cela « permet d'être plus à l'aise avec la parole et la communication avec les autres⁶⁰². » C'est une des attentes des patients : avoir une meilleure communication verbale grâce à des exercices d'articulation, de diction. Beaucoup de patients pensaient que le théâtre les aiderait dans ce type de problématique.

L'affirmation de soi passe également par la relation à l'autre. Une meilleure communication avec les autres se pose aussi comme très importante. C'est ce que pointe cet éducateur : « Cette séance permet aux enfants de se confronter au regard de l'autre, d'apprendre à oser affronter ce regard, de prendre plaisir à se montrer⁶⁰³. » De nombreuses patientes du groupe de psychodrame exprimaient le motif de leur venue comme besoin de prendre confiance en elles. Aussi, elles pointaient du doigt le fait qu'elles n'étaient pas seules dans ce cas, ce qui les rassurait. Par ailleurs, dans le cadre sécurisant du groupe, elles acceptaient d'affronter le regard des autres mais également de prendre la parole, de s'exprimer et d'oser jouer des personnages autres.

⁶⁰⁰ MME BRUGIERE, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁶⁰¹ MME YAGOURB, « Entretien du 3 mai 2019 ».

⁶⁰² MR LUCE, « Entretien du 26 avril 2019 ».

⁶⁰³ Gérard Chimisanas, *Un atelier théâtre en CMP, op. cit.*

Un acte créatif

L'atelier peut aussi se dérouler autour d'une volonté créative. La création artistique est l'objectif central dans l'ensemble des ateliers du dispositif Culture et Santé que j'ai étudiés. Ainsi cette intervenante proposait un travail autour d'objets pour écrire des histoires qui étaient ensuite mises en scène : « Je faisais passer l'objet de main en main et à partir de là une histoire pouvait se créer pour chaque patient. J'ai enregistré tout ça. Je retranscrivais et ensuite on travaillait sur ces textes pour créer un spectacle⁶⁰⁴. » quand une autre travaillait sur le conte : « Le conte est un outil extrêmement précieux. C'est une production psychique de l'inconscient. A ce titre ça permet de pratiquer des psychiques de l'inconscient. C'est la dimension symbolique et c'est l'intérêt du geste artistique. Il y a une mise en distance avec le réel⁶⁰⁵. » Cette distance permise avec le réel constitue une particularité du théâtre et peut être source de création originale dans l'univers psychiatrique.

Bien que ce ne soit pas la volonté première de l'atelier que j'organisais, celui-ci étant destiné à améliorer l'estime de soi, une patiente a relevé ce point : « Le théâtre fait appel à ta créativité intellectuelle. Cela avait été une révélation⁶⁰⁶. » Certains patients furent très intéressés par la pratique du théâtre et avaient envie de développer une réelle création autour d'un projet défini sur la durée. Pour autant ce type de projet et de pratique n'était pas toujours possible car les patients entrent et sortent d'hospitalisation. Un travail autour de l'improvisation pour soulager ces contraintes est alors très souvent proposé.

Ce fut mon cas. Des patients aimaient beaucoup l'improvisation. Ils se sentaient libres et rigolaient dans ce type d'atelier. Ils prenaient du plaisir, jouaient. Ainsi, j'ai relevé dans les entretiens, que « les moments d'improvisation de groupe sont parfaits pour se donner de la confiance⁶⁰⁷ » ou encore que « c'est une bonne thérapie l'impro, ça permet de prendre du plaisir⁶⁰⁸. » Cette personne après une séance d'impro trouvait cette forme d'atelier intéressante dans le cadre d'une réflexion sur soi et sa place dans le groupe. L'improvisation amène du rire et de la dérision.

⁶⁰⁴ MME SAUTOUT, « Entretien du 22 mai 2018 ».

⁶⁰⁵ MME DURAND, « Entretien du 14 juin 2018 ».

⁶⁰⁶ MME YAGOUB, « Entretien du 3 mai 2019 ».

⁶⁰⁷ *Ibid.*

⁶⁰⁸ MR LUCE, « Entretien du 26 avril 2019 ».

Le sociodrame, utilisé dans l'atelier de psychodrame que j'ai observé, consistait à rejouer des scènes de la vie sociale des jeunes également autour de l'improvisation. En leur donnant un personnage défini avec un trait de caractère particulier et en les laissant libres d'improviser, les responsables du groupe de psychodrame cherchent ainsi à ce que l'action soit moins engageante pour les participants car c'est un personnage qui joue. Ce n'est pas eux-mêmes dans leur personne réelle.

Une autre grande caractéristique des ateliers est l'utilisation de texte. C'est le cas de nombreux intervenants qui m'ont révélé que l'usage du texte avait plusieurs vertus. Ainsi, cette infirmière insiste sur le fait que cela permet aux patients de proposer des mises en scène : « Elocution puis travail du souffle. Pas mal d'exercices d'impro pour travailler sur le collectif. Le texte vient sur la dernière demi-heure. L'idée c'est qu'ils se projettent sur de la mise en scène pour trouver des situations⁶⁰⁹. » ou encore cet intervenant proposant un texte humoristique : « On a commencé en novembre 2015. J'ai fait un travail autour du clown avec un texte de Coline Serreau. Une dizaine de patients ont pu participer à l'atelier. J'ai mené l'atelier comme un metteur en scène⁶¹⁰. »

Dans le cadre de l'atelier que je menais, l'utilisation du texte a été pour certains groupes un réel moteur et j'ai souvent proposé aux patients de travailler autour de textes. Des patients ont ressenti un stress d'avoir à apprendre un texte. Je rassurais toujours. Certains patients se sont très investis dans l'apprentissage du texte et ont touché ce qu'était une création théâtrale. Ce fut pour moi une réussite majeure de cet atelier. Je retiens particulièrement deux patients autour de cette question de l'apprentissage du texte.

Le premier texte que j'ai proposé à un groupe fut Antigone de Jean Cocteau. C'est un texte que j'apprécie particulièrement, relativement simple pour aborder la création d'une forme théâtrale. Cette proposition eut lieu dans ma première année d'intervention où je ne mesurais pas encore la complexité liée au turn-over des patients. Je proposais donc à un groupe une distribution et un apprentissage du texte pour envisager des répétitions et un spectacle en fin d'année. Une patiente prit le rôle de Créon, car il n'y avait pas assez d'hommes dans ce groupe. Elle apprit la totalité du texte et resta une comédienne motrice dans la totalité du projet. « J'ai appris le texte durant la semaine un peu tous les soirs je ne suis pas sûre d'être capable de le

⁶⁰⁹ MME VOCANSON, « Entretien du 6 avril 2018 ».

⁶¹⁰ MR DUPONT, « Entretien du 25 novembre 2017 ».

redire⁶¹¹. » Le cas de cette patiente fut une révélation pour les autres membres du groupe de la capacité qu'elle avait à apprendre et à jouer. Ce fut une aventure très agréable pour elle et pour nous.

Le second texte que j'amenais dans un autre groupe est le texte Caracalla de Philippe Pinel dit Dumanoir et Louis François Nicolaïe dit Clariville. L'apprentissage du texte fut rapide car les répliques sont courtes. Il y eut dans un groupe un vrai engouement pour ce texte humoristique qui permit à un patient doutant de ses capacités de s'investir. Il avait des difficultés d'apprentissage pour un texte pas très important en quantité mais l'ensemble des autres patients l'encouragèrent grandement. Ce patient réussit à assumer son rôle et à déclamer le texte avec un stress important mais il prit un réel plaisir à montrer aux autres membres du groupe ce qu'il a réussi à faire. Ce fut là encore un moment très agréable pour l'ensemble des patients et pour moi-même. Il avait réussi.

Par la suite, je proposais toujours dans certains ateliers un support textuel car des patients avaient des difficultés liées à l'improvisation. Ils n'arrivaient pas à se lâcher vraiment dans ce type d'exercice et l'utilisation d'un texte leur servait de béquille.

Avec Pascale nous avons fait un exercice où nous devons travailler un texte puis le jouer dans la même séance. J'avais trouvé ça très intéressant. Il y avait un fil conducteur que l'on pouvait exprimer avec notre personnalité. Quand c'est de la pure impro c'est plus difficile. A deux on est sur le même texte donc sur la même longueur d'onde. Il n'y en a pas un qui part dans n'importe quoi⁶¹².

Quels textes utiliser alors ? Cette infirmière pointe cette difficulté :

Les patients étaient partants pour du classique de Molière. Sauf qu'au niveau texte c'est compliqué. Mais ils comprenaient bien. Je leur faisais lire une fois puis ensuite ils improvisaient la scène et bien ça marchait pas mal. Ensuite j'essaie de mettre des textes un peu plus contemporains. On ne recherche pas une esthétique particulière. L'idée est de créer une distanciation avec un autre personnage. Ils ont du mal à apprendre du texte⁶¹³.

J'ai également proposé des textes classiques Arlequin poli par l'amour de Marivaux, La maison de Bernarda Alba de Federico Garcia Lorca, les rôles de femme étant nombreux dans ce texte et les groupes étant constitués majoritairement de patientes. A la différence de

⁶¹¹ MME MOREAU, « Entretien du 23 mai 2019 ».

⁶¹² MME YAGOUB, « Entretien du 3 mai 2019 ».

⁶¹³ MME VOCANSON, « Entretien du 6 avril 2018 ».

l'infirmière, l'apprentissage du texte n'a pas posé problème mais le type de patient n'était pas le même. A la fin des trois années, j'ai proposé le texte *Maria Lusitania* de Charlotte Delbo pour envisager une suite au projet théâtre car je donnais la possibilité aux patients de rejoindre notre compagnie établie à une dizaine de kilomètres de la Clinique.

Une aventure collective

Enfin, apprendre les techniques théâtrales permet aux patients de se rendre compte qu'on les considère. Ce ne sont pas uniquement des malades, ils sont aussi capables d'apprendre, de se former à des techniques. Le statut de l'intervenant est alors important pour que les patients se sentent considérés par rapport à la personne embauchée pour proposer un atelier. Il est important d'être garant de la technique permettant d'instaurer une relation de confiance.

Il y a eu un clivage entre le corps et l'esprit. On prend des intermittents. On ne pousse pas à aller dans un travail de recherche. Il faut interroger les processus, il faut coupler la recherche artistique à la dimension d'accueil des gens. La culture c'est de la création en prenant en compte trois aspects : la culture le social et la psychiatrie. L'éthique dépasse le champ thérapeutique⁶¹⁴.

La considération des patients étant capable d'entrer dans la création collective est corrélée pour ce psychiatre à la dimension de l'accueil des patients dans l'institution et de sa considération. En le plaçant comme potentiel créateur, les intervenants considèrent le patient. Il reste alors à se poser la question de la durée de ce type de projet. Cela pose question pour d'autres artistes dans la phase de restitution. Une phase de création collective puis plus rien. A contrario, la constitution de groupes stables ayant appris leurs textes et menant un projet théâtral complet a été le principal point positif pour l'atelier que je menais.

Pour ce chapitre sur le déroulement d'un atelier, je souhaite relater trois sorties au théâtre avec les patients et les infirmières. Cela a permis de se rencontrer dans un autre lieu toujours en formant un groupe. Ces sorties ont été essentielles. Il s'est joué ici beaucoup de choses. Nous nous sommes rendus tous ensemble à la Scène Nationale pour assister aux représentations. Ce fut une réelle découverte pour les patients qui ne connaissaient pas cet univers du théâtre professionnel. Les sorties au théâtre furent aussi l'occasion de se réunir avant pour partager un

⁶¹⁴ MR BLANQUET, « Entretien du 20 janvier 2018 ».

repas au restaurant. Ce fut aussi l'occasion d'échanger sur l'atelier et de se rendre compte que les personnes qui étaient présentes dans le groupe étaient très importantes pour certaines patientes. Finalement le but de ces sorties était pluriel. Proposer aux patients une sortie, leur faire découvrir des spectacles reconnus de qualité par l'institution artistique, partager autour de pratiques plurielles, ces différents objectifs étaient le reflet d'une aventure collective.

Chapitre 10 : L'évaluation de l'activité théâtrale en psychiatrie.

Autour de la description et de l'analyse d'évaluations qualitatives et quantitatives, ce dernier chapitre donne la possibilité de conclure sur l'évaluation de l'activité théâtrale en psychiatrie. En mettant en regard les types d'évaluation et leurs résultats, j'espère montrer ici les différents processus évaluatifs dans leurs pratiques afin de mettre en lumière les enjeux qui les sous-tendent.

Différentes pratiques sont là encore à distinguer. Les évaluations des thérapies, des actions culturelles, de l'animation ne concernent pas les mêmes aspects. Un atelier à vocation thérapeutique ne s'évalue pas comme un atelier de création artistique ni même comme un atelier occupationnel. Je tenterai de décrire dans chaque type d'évaluation ce qui les sous-tend à partir des écrits des chercheurs en sciences sociales et médicales et j'illustrerai ce propos par ma pratique de terrain et par les entretiens conduits auprès des professionnels.

Tout d'abord, une revue de la littérature m'a permis d'appréhender cette question de l'évaluation. J'ai pu constater que son intérêt était multiple. Elle permet de connaître les effets d'une pratique mais également d'évaluer de manière plus large les professionnels ou les établissements. Il est alors essentiel d'user d'un référentiel, car si on ne connaît pas la valeur

d'une pratique, en termes de bénéfique ou à l'inverse d'inutilité, comment la justifier et l'évaluer comme le souligne Demailly :

L'évaluation des objectifs de l'action et des politiques publiques est rarement pratiquée. Ils le sont surtout en situation de crise ou dans des contextes non consensuels. L'évaluation des pratiques est primordiale, car comment pourrait-on évaluer les professionnels ou les établissements si l'on ne sait pas, déjà, par avance quelles sont les pratiques efficaces et lesquelles sont souhaitables⁶¹⁵.

Dans le domaine médical, l'auto-évaluation des pratiques professionnelles est apparue au début des années 1980 au sein des hôpitaux français, pour connaître ensuite un essor important à partir des années 1990, notamment avec la loi hospitalière de 1991 qui pour la première fois a légitimé l'évaluation à l'hôpital. Les médecins, comme les autres membres des équipes soignantes, mènent alors des actions d'évaluations dans le but d'améliorer la qualité de leurs prestations. Certaines sont implicites, d'autres plus systématisées dans le cadre de protocoles. La plupart se réfèrent à la médecine fondée sur les preuves (evidence-based medicine) qui éclairent sur le contenu des soins, les actes et interventions souhaitables dans des situations-types.

L'évaluation, « bien moins développée en santé mentale, qu'en santé⁶¹⁶, » est utile pour délimiter les bonnes pratiques. Elle occupe une place importante dans les nouveaux modes de management public (NMP) et le développement de l'informatique permet une puissance de traitement des données qui contribue à sa multiplication.

Les enjeux de l'évaluation constituent la première partie de ce chapitre. Nous verrons en premier lieu que l'évaluation médicale vise à l'amélioration des pratiques dans un souci de qualité des soins. L'accès à la culture, la compréhension des processus psychiques, la recherche d'efficacité sont également des enjeux retrouvés dans les processus évaluatifs.

En mettant en regard les démarches d'évaluation à ma pratique de terrain et aux témoignages des personnes interrogées, j'analyserai alors la difficulté de combiner ici évaluation qualitative et quantitative. Comme l'explique encore Demailly « La procéduralisation de l'évaluation (comme de toutes les techniques du social) favorise les études *input/output*, la mesure de l'écart à des référents standards, les techniques quantitatives, aux

⁶¹⁵ DEMAILLY Lise et AUTES Michel (éd.), *La politique de santé mentale en France : acteurs, instruments, controverses*, Paris, Armand Colin, « Recherches », 2012, 231 p. P.111 à 124

⁶¹⁶ *Ibid.*

dépens des autres méthodes et techniques disponibles⁶¹⁷. » On retrouve cette particularité ici bien que des démarches qualitatives aient pu être appliquées au dispositif Culture et Santé ou à d'autres dispositifs thérapeutiques.

Dans une seconde partie, je centrerai mon propos sur les résultats d'évaluation, issus de la littérature, en distinguant les pratiques les unes après les autres. Les résultats des évaluations, la plupart du temps de sources étrangères, donnent aux intervenants des raisons de proposer des ateliers théâtre et aux soignants d'encourager ces pratiques.

⁶¹⁷ *Ibid.*

L'évaluation en pratique

Evaluation et qualité des soins

La question de l'évaluation paraît fortement intriquée avec celle de la qualité des soins. Les processus de certification visant les hôpitaux publics depuis une vingtaine d'années ont contribué à l'essor des processus d'évaluation dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins. Ils ont débouché sur l'attribution d'un niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé. En plus de ces certifications de la HAS, l'attribution de label par les ARS s'est développée ces dernières années (label « droits des usagers de la santé », label « Culture et Santé »).

Cette notion de « qualité » peut être définie selon certaines dimensions. Sont ainsi fréquemment distingués des facteurs organisationnels (la coordination), et l'expertise professionnelle (la bonne pratique fondée sur le savoir médical)⁶¹⁸. Avedis Donabedian fait part d'une autre typologie, influencée par le souci de l'évaluation à travers des données chiffrées. Il vise à distinguer la qualité structurelle (un seuil d'activité, par exemple), la qualité des processus ou actions réalisées (une bonne pratique), et la qualité des résultats (la satisfaction du patient). « Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins⁶¹⁹. »

Cette évaluation se fait par des évaluateurs internes et externes. En effet, dans la perspective d'amélioration des soins, ont été mises en œuvre au sein des établissements de santé différentes méthodes d'évaluation. Des indices de qualité ont été élaborés, jugés sur des audits internes, effectués par les soignants mais également des personnels administratifs. La mise en œuvre des APP (Analyse des Pratiques Professionnelles) est une autre forme d'évaluation interne.

⁶¹⁸ GARTNER William B., NAUGHTON M. James, DEMING W. Edwards, et al., « The Deming Theory of Management », in *The Academy of Management Review*, n° 1, vol. 13, janvier 1988, p. 138.

⁶¹⁹ DONABEDIAN Avedis, *The definition of quality and approaches to its assessment: his explorations in quality assessment and monitoring*, Ann Arbor, Mich., Health Administration Press, 1980.

Toutefois cette pratique évaluative en santé mentale se trouve encore dans une phase de construction et fait face à de nombreuses difficultés alimentant les débats autour de l'évaluation.

Remarquons par exemple qu'il n'existe pas de palmarès des établissements ou des services, que l'objectivation et la formalisation de la gestion sont encore en cours de création, que l'évaluation des pratiques est très conflictuelle comme le montrent les tensions autour de l'évaluation des psychothérapies (affaire INSERM)⁶²⁰.

Evaluation et domaine culturel

Pour les professionnels de la culture, des outils spécifiques ont été créés tel le guide d'évaluation du programme « Culture à l'Hôpital », établi par la DRAC et l'ARS d'Ile-de-France en relation avec Mr Gautier que j'ai interviewé. L'évaluation s'appuie sur le recueil d'informations (paroles, images, écrits...) auprès des patients, des artistes, du personnel de l'hôpital et de la structure culturelle partenaire. Dans cette perspective, il s'agit d'identifier différents éléments : en premier lieu, les effets produits par le travail et la confrontation du patient avec l'artiste (plaisir, sentiment de beau, possibilité de parler de soi et d'échanger avec autrui, regard que l'on porte sur soi), les répercussions que cela peut avoir sur la façon dont il vit son hospitalisation et ses relations avec l'équipe soignante. On trouve aussi les effets induits sur l'équipe médicale (changement des mentalités, formation des personnels, investissements en matériel ou en espace pour accueillir la culture). Enfin les effets ressentis par l'artiste sur sa propre pratique terminent ce document.

Cet outil a été développé pour permettre une évaluation partagée entre les acteurs de la culture et de la santé des ateliers menés dans le cadre du dispositif Culture et Santé. Il interroge réellement la pratique artistique en essayant d'en dégager les effets. Pour la DRAC et l'ARS, cette évaluation permet d'argumenter le maintien de la politique interministérielle mais rencontre aussi quelques limites en termes d'évaluation qualitative.

Pour certains, les pratiques culturelles sont une aide à la guérison, pour d'autres le mieux-être est un effet naturel du pouvoir de l'art. Sans instrumentaliser l'art et la culture, ces derniers peuvent être intégrés au processus de soin. Si l'évaluation financière et quantitative de ces actions est relativement aisée, elle se révèle insuffisante pour rendre compte des processus à l'œuvre et des effets induits et pour

⁶²⁰ Lise Demailly et Michel Autès (éd.), *La politique de santé mentale en France*, op. cit.

justifier l'emploi des crédits publics. L'évaluation qualitative est un besoin. Elle permet de justifier et de renforcer la présence d'actions culturelles et artistiques en milieu hospitalier et d'argumenter le maintien de la politique interministérielle. La restitution comme l'évaluation permettent de percevoir l'essence de ce qui a été vécu⁶²¹.

Quelques difficultés d'évaluation de ce dispositif peuvent aussi être soulignées à la suite des travaux de Gilles Herreros et de Bruno Milly. Ils pointent le fait que l'évaluation oblige une distinction claire entre projet culturel, animation et art thérapie qui peut parfois être délicate. Il est clair que l'une des volontés fortes de ce dispositif est d'éviter cette jonction avec l'art thérapie. Pour autant, nombreux sont les intervenants de ce dispositif qui m'ont révélé que leurs pratiques aidaient les patients dans leur prise en charge médicale et les psychiatres semblent parfois se servir de ce dispositif pour permettre à des actions qu'ils savent thérapeutiques pour le patient d'avoir lieu.

Cependant, les instigateurs du programme Culture et Santé connaissent parfaitement ces difficultés et cherchent à améliorer la communication sur cette distinction. Ils évaluent eux-mêmes le dispositif en se réunissant régulièrement au niveau régional et national. C'est ce que m'a révélé Mme Simon qui m'a également indiqué les échanges entre les institutions partenaires de sa structure (université, structure culturelle) autour de l'évaluation des pratiques.

Il est également à souligner qu'un bilan du dispositif en 2005 a permis une évaluation qualitative des actions menées. Il a mis au jour la dynamique du processus mis en œuvre ainsi que les effets induits au sein des établissements de santé par les actions artistiques et culturelles.

L'évaluation qualitative montre que ces actions artistiques et culturelles ont des effets significatifs en « bousculant les tracés habituels des frontières, des territoires et les pratiques rituelles des hôpitaux ». Ces effets de questionnement concernant des pratiques professionnelles relevant des habitus se retrouvent au sein des équipements culturels. En cela, elles génèrent de nouvelles modalités relationnelles d'une part entre les soignants et les usagers, d'autre part entre les publics et les artistes⁶²².

Les projets culturels développés à l'hôpital suscitent et nourrissent des questionnements, déjà présents, sur les nouvelles coopérations internes à l'établissement, les

⁶²¹ ARS ILE DE FRANCE, *Proposition de guide pour une évaluation des actions réalisées dans le cadre de l'appel à projets « Culture à l'hôpital »*.

⁶²² *Historique de la politique Culture et Santé*, <https://www.culture.gouv.fr/Regions/Drac-Auvergne-Rhone-Alpes/Pole-action-culturelle-et-territoriale/Culture-et-Sante/Historique-de-la-politique-Culture-et-Sante>, consulté le 16 janvier 2021.

nouvelles pratiques professionnelles à mettre en œuvre et la manière de penser le soin d'un point de vue plus humain que technique. Ces éléments se retrouvent dans l'ouvrage récemment publié de *Culture et Santé, vers un changement des pratiques et des organisations ?* mais également dans la thèse de Costes qui propose un parallèle entre ces notions et les cadres d'expérience de Goffman.

Il paraît également important d'évaluer, outre les méthodes, l'accès au projet proposé. Comme affirmé ci-dessus, une évaluation quantitative de la fréquentation des ateliers semble aisée à produire. Pour autant, je n'ai pas trouvé d'éléments sur ces données. Il est possible de souligner à ce propos le paradoxe entre une légitimisation de la pratique dans une perspective d'accès à la culture pour tous, dans une vision inclusive et l'absence d'évaluation de l'accès à celle-ci. Philippe Urfalino allait même plus loin en faisant un constat d'échec de la démocratisation culturelle qui ne se traduit pas par l'augmentation de la pratique et n'a pas contré les effets de la stratification sociale sur les pratiques culturelles⁶²³. Il faut ici nuancer en l'absence de données mais garder à l'esprit que l'ensemble des patients pris en charge dans les établissements psychiatriques n'ont pas, pour la plupart, un accès aux ateliers du dispositif Culture et Santé, faute d'une offre suffisante pour couvrir l'ensemble des établissements publics du territoire national, comme nous avons pu en faire le constat avec notre étude sur la période 2014-2019.

Evaluation et compréhension des processus psychiques

L'évaluation concerne parfois la pratique en elle-même et son effet intrinsèque sur le patient. Beaucoup d'intervenants notamment des techniques théâtrales à visée psychothérapeutique, ont pour ambition de venir théoriser leur pratique. Un réel désir de compréhension de l'évolution du patient se retrouve également dans ce type d'évaluation. Enfin une meilleure appréhension des dynamiques psychiques en est également l'objet.

Ce type d'évaluation se trouve plutôt pratiqué par des intervenants en auto-évaluation ou pour l'évaluation des participants. Ce mode d'évaluation pourrait s'apparenter à de la

⁶²³ URFALINO Philippe, « Quelles missions pour le ministère de la Culture? », in *Esprit (1940-)*, 1997, p. 37-59.

recherche clinique, et est le plus souvent effectué par des psychologues. Par ailleurs, ces évaluateurs ont parfois également une activité de recherche dans le champ de la psychologie.

Chaque professionnel animateur d'atelier réfléchit à évaluer sa pratique par le regard qu'il porte sur sa fonction et les objectifs qu'il préétablit pour son atelier. Dans cette perspective, on retrouve dans la littérature différentes propositions de grilles d'évaluation des pratiques.

Les autres outils que j'ai pu trouver au cours de mes recherches ont également une vocation de partage mais restent plutôt centrés sur le patient. L'angle d'évaluation visant à étudier les processus psychologiques, a été retrouvé à plusieurs reprises dans la littérature. Selon la pratique du psychodrame ou de la dramathérapie une tentative d'évaluation spécifique est un sujet central de la recherche dans ces domaines. Depuis le débat sur l'évaluation Inserm des psychothérapies explicité précédemment, plusieurs chercheurs et praticiens se sont intéressés à cette question.

En s'appuyant sur une réflexion critique autour de la problématique de l'évaluation des psychothérapies, la thèse d'Adrien Blanc sur l'évaluation du psychodrame, propose un protocole méthodologique ambitionnant la conciliation des critères de scientificité de ce domaine de recherche et le respect des spécificités inhérentes à un traitement analytique.

À partir d'une réflexion autour des opérateurs thérapeutiques du psychodrame associée à la construction d'un outil clinique regroupant les indicateurs propres au déploiement et à l'utilisation d'un inter-jeu thérapeutique, cette recherche vise à témoigner des changements au sein du fonctionnement psychique des patients permis par ce dispositif. À l'aide d'un protocole processus-résultats centré sur des études de cas intensives, standardisées et agrégées, cette recherche tend à évaluer une pratique courante en psychiatrie et à proposer une réflexion métapsychologique sur le processus analytique, tant sur ses effets « objectivables », que ceux au niveau du (re)-déploiement des capacités transitionnelles et associatives du patient nécessaires afin d'intégrer et de s'approprier psychiquement ses expériences de vies et conflits psychiques⁶²⁴.

Dans ce travail, une grille en sept axes a été élaborée pour évaluer des champs variés des effets de la pratique du psychodrame analytique. Elle recueille et analyse les effets généraux, le jeu transitionnel, les processus thérapeutiques, l'assouplissement, l'inattendu, les

⁶²⁴ BLANC A., « Évaluation, psychothérapies et psychanalyse : réflexions et perspectives éthiques, épistémologiques et scientifiques », in *In Analysis*, n° 2, vol. 2, septembre 2018, p. 163-170.

limites, et la pathologie dans le jeu. Cet outil vise à protocoliser et mettre en évidence les effets du psychodrame psychanalytique, ainsi qu'à guider la pratique.

En dramathérapie, d'après Phil Jones «la dramathérapie est une discipline émergente : il n'existe pas encore un grand nombre de méthodologies d'évaluation et processus d'évaluation « testés et éprouvés »⁶²⁵. » De plus, comme Lucilia Valente et David Fontana le suggéraient, l'évaluation comporte trois étapes : initiale, continue et finale, et « en dramathérapie il ne semble pas y avoir de moyen systématique d'évaluer dans quelle mesure la guérison a progressé à la fin de la thérapie⁶²⁶ »

Face à ce constat certains auteurs essaient de développer des outils de recherche prenant en compte les spécificités de la pratique de la dramathérapie. Une méthode d'évaluation en six clés a émergé de cela. « Le modèle à six clés est une méthode intégrée d'évaluation et d'intervention utilisée pour évaluer, planifier et évaluer des séances de dramathérapie et de thérapie par les arts créatifs avec des individus et des groupes⁶²⁷. » Cet outil, décrit comme clinique utilise des observations objectives mais aussi subjectives associées aux sentiments et aux pensées dans six champs afin de mieux cerner la réalité dramatique, objet de la pratique. Tout d'abord la forme est étudiée en termes de passage et qualité : les deux premières clés d'évaluation. Le recueil est aussi centré sur le contenu par les clés trois et quatre, à savoir les personnages et rôles et les thèmes et intrigues déployés lors du jeu. Enfin les deux dernières clés concernent ce qui se passe en dehors de la réalité dramatique, à savoir la réponse et la méta-réalité. Cet outil paraît également utilisé à visée didactique et pédagogique au cours de l'enseignement de la dramathérapie.

Walter Orioli, diplômé en psychologie, thérapeute et metteur en scène, spécialiste du psychodrame et de la bioénergétique, a dirigé plusieurs compagnies théâtrales. Il est le fondateur et le président de la Fédération italienne de théâtrethérapie. Il développe lui aussi plusieurs outils d'évaluation⁶²⁸.

⁶²⁵ JONES Phil, *Drama as therapy: theatre as living*, London ; New York, Routledge, 1996, 326 p. P.268

⁶²⁶ VALENTE Lucilia et FONTANA David, « Drama therapist and client: An examination of good practice and outcomes », in *The Arts in Psychotherapy*, n° 1, vol. 21, 1 janvier 1994, p. 3-10.

⁶²⁷ PENDZIK Susana, « Six keys for assessment in drama therapy », in *The Arts in Psychotherapy*, n° 2, vol. 30, janvier 2003, p. 91-99.

⁶²⁸ W. Orioli, *Théâtre et thérapie*, op. cit.

En France, cette évaluation plutôt clinique est reprise par Tamara Guénoun : « L'objectif de cette recherche est ainsi de forger une évaluation qualitative de la médiation thérapeutique par le théâtre, en cernant moins une efficacité absolue de ce dispositif que les processus psychiques qui y ont cours⁶²⁹. » Un tableau en quatre axes en découle, et a été conçu avec une cotation de chaque item. Cette évaluation permet de visualiser sur la feuille de dépouillement les principales caractéristiques de l'adolescent et d'analyser l'articulation des items entre eux.

L'utilisation de ce tableau de cotation comme photographie de la manière dont le patient donne à voir en drama-thérapie en début de prise en charge, au milieu et à la fin de la prise en charge permet de donner des repères visuels simples pour penser l'évolution du patient au fil du temps. Le recueil de données quantitatives va permettre d'affiner l'analyse des prises en charge par la drama-thérapie, notamment de pouvoir mettre en lumière les points saillants de l'évolution des adolescents en médiation thérapeutique par le théâtre en fonction des éléments psychopathologiques saillants⁶³⁰.

Ces différentes grilles d'évaluation plus spécifiques à chaque pratique paraissent très intéressantes pour l'étude des processus psychologiques en jeu et plutôt exploitables en clinique ou en psychopathologie.

Plus communément dans les articles retrouvés, ce sont des échelles validées concernant une pathologie ou un symptôme, des échelles de qualité de vie ou de rétablissement ainsi que des questionnaires de recueils de données qui sont le plus fréquemment utilisés. Quelques expériences d'utilisation de marqueurs biologiques ont été retrouvées.

Evaluation et recherche d'efficacité

Dans le domaine plus médical, la recherche autour de ces pratiques se retrouve très emprunt des méthodes d'évaluation de la médecine somatique, sur le principe de l'« Evidence Base Medecine ». Une protocolisation stricte au service d'un gain de puissance statistique influence fortement les pratiques évaluatives. En effet un réel désir d'obtention de résultats

⁶²⁹ GUENOUN T., « Enjeux et fondements d'une évaluation qualitative des dispositifs de drama-thérapie avec adolescents en structures psychiatriques », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 7, vol. 65, 1 novembre 2017, p. 448-457.

⁶³⁰ *Ibid.*

ayant une validité statistique forte imprègne les méthodologies évaluatives lorsqu'il s'agit de venir prouver l'efficacité d'une pratique.

Comme cité précédemment, le rapport Inserm paraît être au centre d'un grand débat concernant l'évaluation des psychothérapies. Ce débat tourne autour de la remise en question de l'hégémonie des essais randomisés contre groupe contrôle apportant les preuves d'efficacité considéré comme de plus haut niveau.

Ce document s'intéresse à l'évaluation scientifique de l'efficacité des psychothérapies, mais peut-on évaluer scientifiquement l'efficacité d'une psychothérapie ? En effet, la situation psychothérapeutique met en jeu des êtres humains dans leur singularité subjective. Comment envisager alors de réduire scientifiquement un tel contexte sans en perdre l'essence⁶³¹?

Pour évaluer une psychothérapie, il faut le plus souvent évaluer le sujet dans sa subjectivité. Peut-on réaliser des mesures subjectives (tristesse ou intensité d'un délire par exemple) de la même façon que l'on réalise des mesures objectives (tension artérielle ou cholestérolémie par exemple) et ces mesures ont-elles la même valeur ? Ainsi se pose ici le paradoxe de la méthodologie scientifique et la nécessité d'une évaluation pluraliste.

Ainsi, appliquer une méthodologie médicale transposée à l'évaluation revient à étudier médicalement le phénomène observé et non en termes de sciences humaines. Nous travaillons ainsi avec l'objet « effet » de deux points de vue, sans doute complémentaires mais pas nécessairement compatibles en termes de référentiel scientifique⁶³².

Ce sont plus particulièrement des cliniciens (psychiatres, psychologues, laboratoire de recherche rattaché à des services psychiatriques) ayant également une activité de recherche qui sont à l'origine de ces études.

Plus communément dans les articles retrouvés, ce sont des échelles validées concernant une pathologie ou un symptôme, des échelles de qualité de vie ou de rétablissement ainsi que des questionnaires de recueils de données qui sont le plus fréquemment utilisés. Quelques expériences d'utilisation de marqueurs biologiques ont également été retrouvées.

⁶³¹(INSERM) Institut national de la santé et de la recherche MÉDICALE, *Psychothérapie : Trois approches évaluées*, Les éditions Inserm, 2004.

⁶³²A. Blanc, « Évaluation, psychothérapies et psychanalyse », art cit.

Finalement les difficultés à évaluer les psychothérapies se retrouvent lorsqu'il s'agit des pratiques théâtrales à visée thérapeutique. J'ai pu constater une grande pluralité d'évaluation dans ce domaine avec des méthodologies diverses. Les résultats de ce type de recherche sont ceux présentés dans la seconde partie de ce chapitre.

Une évaluation de terrain pragmatique

Outre l'étude de la littérature, les différents entretiens avec les professionnels ont éclairé cette recherche sur la mise en œuvre d'évaluations plus pragmatiques paraissant également plus subjectives, en tout cas ancrées dans la pratique. L'évaluation se fait fréquemment sur la base d'observation et de prise de note, comme le pratique cet intervenant « J'ai noté à chaque fois à la fin de chaque étape ce qui était positif et ce qui l'était moins. Quelle difficulté j'avais rencontrée⁶³³. »

Parfois l'évaluation par l'intervenant se fait sur des critères bien précis, élaborés par celui-ci ou par les instances ou commanditaires. Cette évaluation peut recouvrir plusieurs champs, par exemple organisationnel, artistique, social, thérapeutique comme en témoigne ce professionnel « Nous évaluons le taux de participation, les aspects artistique et corporel⁶³⁴. » Ces différents critères tiennent tant aux objectifs qu'à la méthodologie évaluative utilisée. Les préoccupations méthodologiques retrouvées dans la littérature sont aussi présentes dans la pratique et dans la réflexion des professionnels évaluateurs :

L'évaluation quantitative, c'est toujours le plus simple. On va évaluer les ateliers de façon qualitative, ce qui est le plus compliqué. D'ailleurs, c'est quelque chose qui nous interroge largement. Je fais partie d'un groupe de travail autour de la question de l'évaluation parce qu'on n'évalue pas à l'aune des mêmes critères. Moi je ne souhaite pas utiliser une grille applicable sur tous les projets. Je ne trouve pas ça pertinent car certains projets ne rentreront pas dans des cases⁶³⁵.

Cette évaluation exige dans la pratique l'élaboration de critères propres aux objectifs définis par chacun. Que faut-il quantifier et comment ? En quoi et pour quoi la dimension qualitative est indispensable ? En quoi les deux sont complémentaires ? Comment les patients sont sollicités dans cette entreprise ? Telles sont les questions qui se posent. L'effet de la pratique théâtrale sur le patient est une des évaluations les plus fréquemment rapportées.

L'évaluation ne peut se faire qu'après avoir défini des objectifs préalables. C'est à partir de cet objectif global qu'on va évaluer nos effets. Si on a fixé que cet atelier a pour but de revaloriser les personnes et de favoriser leurs liens sociaux, est-ce que cet objectif est atteint ou pas ? Trois sources pour

⁶³³ MME SAUTOUT, « Entretien du 22 mai 2018 ».

⁶³⁴ MR GOIGOUX, « Entretien du 17 septembre 2018 ».

⁶³⁵ MME SIMON, « Entretien du 1 juillet 2019 ».

savoir si cet objectif est atteint. Les co-animateurs peuvent donner leur avis sur les échanges autour du patient, les modifications liées à l'action et l'opinion des personnes elles-mêmes⁶³⁶.

Le patient au centre du dispositif collabore donc dans bon nombre de projets à cette évaluation. Cela se fait sous différentes formes : par un retour oral, par la passation d'échelles ou de tests, par l'utilisation d'outils d'évaluation. Cette évaluation par le patient peut parfois interférer avec sa prise en charge comme en témoigne cette patiente « On a un questionnaire écrit de satisfaction. J'ai eu un problème par rapport à ça. J'ai fait une critique sur un atelier que je trouvais mal géré et j'ai eu un retour très violent par la psychiatre. Alors je me suis dit on ne peut pas dire tout ce qu'on pense⁶³⁷. »

Parfois cette culture de l'évaluation n'est pas du tout dans la pratique des services ou professionnels intervenants, et celle-ci n'est pas pratiquée, comme on le retrouve dans cette situation « Il n'y a pas vraiment d'évaluation. On a fait un blog pour la Fondation de France. Les soignants y ont accès ainsi que les parents des enfants pour voir l'avancée du travail⁶³⁸. »

Dans le cadre de ma pratique à la Clinique des Saules, une évaluation de l'atelier était proposée une fois par an aux patients. Ils pouvaient alors faire remonter les difficultés ou les bienfaits de la pratique sur leur prise en charge. A la suite de cette évaluation conduite par des personnels de la clinique, les infirmières discutaient avec moi de points à améliorer et des points de satisfaction exprimés par les patients. De façon plus quotidienne et informelle, à la fin de chaque séance, je discutais rapidement avec les infirmières sur ce qui s'était passé durant l'atelier. Aucune évaluation écrite ne m'a été demandée. Je devais faire uniquement des observations dans le logiciel de suivi des patients pour savoir si l'atelier s'était bien passé. C'est donc par le prisme des problèmes éventuellement rencontrés que l'atelier est évalué, plutôt que positivement, par les effets bénéfiques notables sur les patients. L'évaluation dans le cadre de ma pratique est donc coordonnée uniquement par l'établissement de santé et l'ARS demande uniquement à la Clinique que les intervenants soient diplômés dans le domaine de leurs interventions, dans mon cas, le théâtre. Aucun suivi quantitatif n'est exigé même si la Clinique se doit d'avoir un taux de participation à ces ateliers élevé..

⁶³⁶ MME ZIMMERMAN, « Entretien du 19 novembre 2019 ».

⁶³⁷ MME YAGOUB, « Entretien du 3 mai 2019 ».

⁶³⁸ MME MARTIN, « Entretien du 25 juin 2018 ».

Résultat des évaluations en fonction des pratiques

Dans cette partie, je relate les principaux résultats évaluatifs des différentes pratiques retrouvées dans la littérature. L'utilisation de sources à partir de bases de données comme PubMed, PsycINFO, PSICODOC, Cairn.info m'ont permis ce recueil de résultats. Il apparaît que les recherches scientifiques et les évaluations des effets du théâtre sur les patients souffrant de pathologies psychiatriques sont beaucoup plus développées à l'étranger qu'en France. Grâce à une revue de cette littérature scientifique, il est possible de donner des justifications à l'utilisation du théâtre dans ces services. Il apparaît que le théâtre peut avoir un réel impact.

Théâtre

Concernant la pratique théâtrale, une importante revue de la littérature a été effectuée par Cristina Bellavista-Rof et Marisol Mora-Giral sur son utilisation en prévention et dans les troubles psychiatriques suivants : troubles du comportement alimentaire (TCA), troubles du spectre autistique (TSA), toxicomanies, démences et premiers épisodes psychotiques. Vingt-six études ont été analysées à ce sujet et bien que celles-ci aient des méthodologies différentes et que sans doute elles recouvrent des pratiques différentes, cette revue retrouve des résultats assez probants.

Dans les études sélectionnées, 92% des programmes théâtraux sont efficaces et 8% seulement ne le sont pas. Les résultats suggèrent des résultats très positifs en ce qui concerne l'utilisation du théâtre comme outil de prévention dans le TCA et l'abus de substances et comme traitement pour les TSA, TCA, démences et autres problèmes de santé mentale⁶³⁹.

Une autre revue de la littérature de Rinat Feniger-Schaal et Hod Orkibi incluant vingt-quatre études mélangeant différents types de pratiques soulève les écueils de ce type de méthodologie. En effet les multiples approches et théories utilisées par les thérapeutes

⁶³⁹ ROF Cristina Bellavista et GIRAL Marisol Mora, « Prevención y tratamiento de los trastornos mentales a través del teatro: una revisión », in *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, n° 3, vol. 6, 2019, p. 76-87. « De los estudios seleccionados, un 92% de los programas son eficaces y sólo un 8% no lo son. Los resultados sugieren hallazgos muy positivos respecto al uso del teatro como herramienta de prevención de TCA y abuso de sustancias, y también como tratamiento para intervenir en TEA, TCA, demencias y otros problemas de salud mental. »

dramatiques rendent difficile la formulation d'une théorie intégrée qui pourrait générer des résultats de recherche unifiés et solides.

Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour produire des études rigoureuses qui peuvent élargir et renforcer les connaissances sur la thérapie par le théâtre. Les études examinées étaient insuffisantes dans leur rapport sur la taille de l'effet, le taux d'abandon, le taux de recrutement et de refus et la qualité de formation des thérapeutes, qui sont tous des marqueurs précieux pour évaluation de la qualité de la recherche⁶⁴⁰.

Dans la recherche sur les troubles du spectre autistique, il convient de citer cette expérience théâtrale inclusive qui a consisté au développement d'un groupe de théâtre composé de dix-huit jeunes autistes et de neuf jeunes non autistes. Ils ont, durant cinq semaines de l'été 2014, participé à un stage de théâtre organisé par The Miracle Project (TMP) et la Californie State University. Ce stage a abouti à cinq représentations d'une comédie musicale originale, *Joining the Spectrum (JTS)*. Cette étude utilise une méthodologie quantitative et qualitative.

Comme cette étude l'a révélé, le théâtre peut avoir un impact significatif et positif sur les jeunes atteints de TSA, sur leur estime de soi, leurs capacités d'empathie et leur confort avec les autres ; il souligne également le potentiel du théâtre pour améliorer le niveau de confiance chez les jeunes autistes⁶⁴¹.

C'est également dans cette perspective de pratique inclusive du théâtre que le programme d'intervention Social Emotional NeuroScience Endocrinology (SENSE) Theatre, a été développé. Cette recherche sur des enfants avec et sans autisme participant à un groupe de théâtre a révélé les résultats suivants.

Les participants SENSE ont montré de l'amélioration de leurs compétences concernant l'identification des visages et la théorie de l'esprit. L'exposition à l'intervention a contribué à une amélioration de la perception sociale. [...] Les participants TSA ont montré un cortisol élevé au début de la répétition initiale, qui a diminué avec le temps. Il est probable que ces résultats reflètent une simple

⁶⁴⁰ FENIGER-SCHAAL Rinat et ORKIBI Hod, « Integrative systematic review of drama therapy intervention research. », in *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, n° 1, vol. 14, février 2020, p. 68-80. « Further work is needed in producing rigorous studies that can expand and strengthen knowledge about drama therapy practice. The studies reviewed were deficient in their reporting of effect size, dropout rate, recruitment and refusal rate, and therapist training and qualification, all of which are valuable markers for assessment of the research quality »

⁶⁴¹ KIM Ah-Jeong, STEMBRIDGE Sarah, LAWRENCE Christopher, et al., « Neurodiversity on the stage: The effects of inclusive theatre on youth with autism », in *International Journal of Education and Social Science*, n° 9, vol. 2, 2015, p. 27-39. « As this study has revealed, theatre can have a significant and positive impact on youth with ASD, their self-esteem, empathetic abilities, and comfort with others; it also points to the potential for theatre to enhance levels of trust among young people with autism. »

accoutumance suite à une anxiété situationnelle précoce. De plus, des niveaux de cortisol réduits ont été mis en évidence lors de la comparaison des prétraitements initiaux aux valeurs de répétition post-traitement⁶⁴².

Alexandra Boudet, dans son mémoire *Ergothérapie et théâtre : accompagner le patient phobique social dans son processus de résilience*, essaie de développer, par le biais d'une méthodologie qualitative, l'évaluation de sa pratique. Pour cela elle utilise des questionnaires à destination des médecins psychiatres et effectue des entretiens semi-directifs de patients. L'analyse de ces données a rapporté que le théâtre n'était pas unanimement conseillé dans le cadre de la phobie sociale.

D'autres études, plutôt que de se centrer sur des troubles, évaluent le potentiel du théâtre dans la réhabilitation psychosociale.

Lors de l'étude de l'impact d'activités théâtrales et ses résultats impliquant les personnes souffrant de troubles psychiatriques, les chercheurs feraient bien de considérer les expériences vécues des acteurs et les contextes variés des environnements. À la fois quantitatives et qualitatives les études pourraient se concentrer sur l'influence de l'expression théâtrale sur des variables telles que l'estime de soi, l'intégration dans la communauté et la qualité la vie [...]. Une baisse des attitudes stigmatisantes après avoir assisté à une représentation théâtrale par et sur les personnes souffrant de troubles psychiatriques a été démontrée dans le cas des publics étudiants⁶⁴³.

Cet article souligne la fonction théâtrale de déstigmatisation quand celui-ci est pratiqué en psychiatrie. En effet les attitudes du public à l'égard de la maladie mentale sont souvent façonnées par des représentations négatives, stéréotypées et irréalistes véhiculées dans les médias populaires. Les arts théâtraux impliquant des personnes ayant une déficience psychique

⁶⁴² CORBETT Blythe A., GUNTHER Joan R., COMINS Dan, et al., « Brief Report: Theatre as Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder », in *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n° 4, vol. 41, avril 2011, p. 505-511. « SENSE participants showed modest improvement in face identification and theory of mind skills. Exposure to the intervention contributed to some improvement in social perception. [...]The ASD participants showed elevated cortisol at the beginning of the initial rehearsal, which declined over time It is likely that these findings reflect simple habituation following some early situational anxiety. Additionally, reduced cortisol levels were shown when comparing the initial pre-treatment to the post-treatment rehearsal values. »

⁶⁴³ FAIGIN David A. et STEIN Catherine H., « The Power of Theater to Promote Individual Recovery and Social Change », in *Psychiatric Services*, n° 3, vol. 61, 1 mars 2010, p. 306-308. « When studying the outcomes and impact of theatrical activities involving people with psychiatric disabilities, researchers would do well to consider the lived experiences of the actors and the varied contexts of the settings. Both quantitative and qualitative studies could focus on the influence of theatrical expression on outcome variables such as sense of self, community integration, and quality of life. [...]A decrease in stigmatizing attitudes after witnessing theatrical performance by and about people with psychiatric disabilities has been demonstrated in the case of college student audiences »

peuvent offrir un portrait différent de la maladie mentale. Les patients acteurs sont vus dans un rôle social valorisé, ce qui peut diminuer les attitudes stigmatisantes.

Dans sa thèse en psychoéducation, *Évaluation d'un programme novateur de réadaptation par les arts de la scène pour des jeunes présentant un trouble psychiatrique stabilisé : le programme Espace de Transition*, Kim Archambault étudie un programme d'intervention par les arts de la scène visant à favoriser la réadaptation psychosociale d'adolescents et de jeunes adultes présentant des troubles mentaux stabilisés et à diminuer la stigmatisation des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale.

L'évaluation porte sur les effets du programme *ET* relativement à l'atteinte de trois de ses objectifs intermédiaires, soit l'amélioration 1) du fonctionnement global, 2) du confort relationnel et des compétences sociales, ainsi que 3) de la perception de soi des participants présentant des troubles mentaux. Les résultats de cette étude ont révélé des changements significatifs et positifs dans le fonctionnement global des participants suite au programme, tel qu'évalué par les cliniciens référents et partiellement corroboré par les participants eux-mêmes. Des améliorations en ce qui concerne le confort relationnel, les compétences sociales et la perception de soi ont également été objectivées chez une proportion substantielle de participants, bien que celles-ci ne se soient pas traduites en des différences significatives décelées par les analyses quantitatives de groupe⁶⁴⁴.

Cette étude, par une analyse également qualitative, a permis de suggérer les caractéristiques et composantes du programme qui favorisent la mise en place ou l'impact de des mécanismes sous-tendant les effets du programme *ET*, tels l'environnement et l'animation non cliniques du programme, la composition hétérogène des groupes de participants, le recours aux arts de la scène, ainsi que la poursuite d'une réalisation collective et son partage avec un public extérieur au programme.

Sans doute, en lien avec les difficultés évaluatives explicitées dans l'introduction de ce chapitre, j'ai pu constater dans mes recherches dans la littérature scientifique internationale, l'existence d'articles où sont évalués des programmes spécifiques utilisant le théâtre souvent ciblé sur un symptôme ou un déficit en lien avec la pathologie psychiatrique.

Le programme TIPS : formation à l'improvisation du théâtre pour promouvoir la cognition sociale, est une intervention basée sur la thérapie par le théâtre et la thérapie

⁶⁴⁴ ARCHAMBAULT Kim, « Évaluation d'un programme novateur de réadaptation par les arts de la scène pour des jeunes présentant un trouble psychiatrique stabilisé: le programme Espace de Transition », Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2014.

cognitivo-comportementale (TCC). Ce programme est le fruit d'une collaboration entre des metteurs en scène de théâtre, des acteurs et des cliniciens expérimentés ayant une expertise clinique concernant le risque de psychose.

TIPS a été conçu pour fournir un cadre dans lequel les participants peuvent développer leurs capacités de communication avec les autres, tout en ciblant la cognition et les fonctionnements sociaux ainsi que les symptômes du spectre de la psychose négative[...]Les résultats préliminaires suggèrent que les TIPS peuvent être efficaces pour améliorer les symptômes positifs et négatifs du spectre de la psychose, mais pas les performances sur le traitement des émotions faciales⁶⁴⁵.

Dramathérapie

Dans le cadre de son travail de thèse, Lambros Yotis a mené une étude clinique dans un hôpital de jour pour de jeunes adultes atteints de schizophrénie. Ce travail a permis une évaluation qualitative du processus thérapeutique ainsi que quantitative des mesures du changement des symptômes des patients.

Les résultats de ce projet suggèrent que «Dramathérapie Performance» a un effet significatif sur les implications dans le processus de groupe, sur la diminution de leur «symptomatologie négative globale», en augmentant leur « compétence et efficacité » et en changeant le soutien perçu par leurs proches. L'évaluation du spectacle de dramathérapie a montré l'importance de la structure cathartique unificatrice de la performance ainsi que l'effet des processus thérapeutiques non verbaux qui renforcent l'impact des processus verbaux. Il distingue également l'utilité des techniques collectives, telles que la participation à un chœur - pour les patients les moins fonctionnels par opposition au travail de personnage pour les patients les plus fonctionnels. Cette recherche confirme la valeur de la « Dramathérapie Performance » comme traitement spécifique des symptômes schizophréniques, en plus des médicaments et fournit à la pratique de la dramathérapie un nouvel instrument utile pour l'évaluation à la fois du processus thérapeutique et des progrès des patients avec schizophrénie⁶⁴⁶.

⁶⁴⁵ TANG Sunny X., SEELAUS Kevin H., MOORE Tyler M., et al., « Theatre improvisation training to promote social cognition: A novel recovery-oriented intervention for youths at clinical risk for psychosis », in *Early Intervention in Psychiatry*, n° 2, vol. 14, avril 2020, p. 163-171. « TIPS is a novel intervention for youths with CR delivered by non-clinician acting coaches outside of the clinical context. Combining practices from drama therapy and CBT, TIPS targets self and social beliefs, negative psychosis-spectrum symptoms, and social cognition. [...]Preliminary outcomes suggest that TIPS may be effective in improving positive and negative psychosis-spectrum symptoms and GAF, but not performance on facial emotion processing. »

⁶⁴⁶ YOTIS Lambros, « Dramatherapy performance and schizophrenia », in , 2002. « The outcomes of this project suggest that "Dramatherapy Performance" has a significant effect on the clients' dramatic involvement within the group process, on the decrease of their overall "negative symptomatology", on increasing their "competence and efficacy" and on changing their perceived support from their significant others. The "Dramatherapy Performance Evaluation" showed the importance of the performance's unifying cathartic structure as well as demonstrating how

Psychodrame

La recherche scientifique sur le psychodrame paraît la plus fournie. Elle est constituée par un nombre d'articles plus important bien que présentant des méthodologies diverses. Comme pour la pratique théâtrale, sont évalués des paramètres très différents selon les auteurs.

Ce premier article relatant d'une recherche contre groupe contrôle, ce qui est plutôt rare dans le reste de la littérature concernant ce sujet, vise à évaluer l'efficacité du psychodrame sur certains symptômes du trouble panique.

Les résultats montrent que les patients recevant un traitement parallèle avec psychodrame et pharmacothérapie ont atteint une réduction significativement plus importante de leurs symptômes d'anxiété, une augmentation de leur spontanéité et une amélioration de leur qualité de vie et de leur fonctionnement social, par rapport aux patients recevant seulement la pharmacothérapie⁶⁴⁷.

Un autre article utilisant également une méthodologie contre groupe contrôle, vise le même dessein d'évaluation de la réduction des symptômes mais vis-à-vis de patients déprimés.

Soixante-deux patients déprimés (DSM-IV) ambulatoires ont été recrutés à l'Unité des troubles de l'humeur de l'Université de São Paulo. Adultes âgés de 18 à 60 ans, ils répondaient aux critères du DSM-IV pour les troubles dépressifs majeurs. [...] Dans cette étude, la réponse au traitement mesurée par HAM-D et SASSR était significativement meilleure dans la psychothérapie groupe, ce qui indique que le PP pourrait être efficace en tant que traitement d'appoint pour le TDM. C'est une contribution précieuse à la littérature, considérant que cette psychothérapie n'a pas été étudiée auparavant dans le MDD. Notre étude démontre son efficacité selon les niveaux plus élevés de preuve⁶⁴⁸.

non-verbal therapeutic processes reinforce the impact of verbal processes. It also distinguished the usefulness of collective techniques- such as participation in a chorus- for the less functional clients as opposed to character work for the more functional clients. This research confirms the value of "Dramatherapy Performance" as a treatment for specific schizophrenic symptoms, in addition to medication, and provides Dramatherapy practice with a new and useful instrument for the evaluation of both the therapeutic process and the progress of clients with schizophrenia. »

⁶⁴⁷ TARASHOEVA Galabina, MARINOVA-DJAMBAZOVA Petra et KOJUHAROV Hristo, « Effectiveness of psychodrama therapy in patients with panic disorders: Final results », in *International Journal of Psychotherapy*, n° 2, vol. 21, 2017, p. 55-66. « The results show that the patients receiving parallel treatment with psychodrama and pharmacotherapy achieved significantly greater reduction in their anxiety symptoms, increase in their spontaneity, and an improvement in their quality of life and social functioning, versus the patients receiving only pharmacotherapy. »

⁶⁴⁸ COSTA Elisabeth Maria Sene, ANTONIO Rosilda, SOARES Márcia Britto de Macedo, et al., « Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study », in *Brazilian Journal of Psychiatry*, n° 1, vol. 28, 2006, p. 40-43. « Sixty-two depressed (DSM-IV) outpatients were recruited at the Mood Disorders Unit of the University of São Paulo. Adults aged from 18 to 60, met DSM-IV criteria for mild to moderate major depressive disorder, were receiving pharmacotherapy for depression, and were then enrolled into two groups, composed of ten patients each. The first 10 eligible patients were allocated to the

En sus des outils d'évaluation fréquemment retrouvés (recueil de données, questionnaires, échelles de valeurs) sont utilisés dans cette recherche des marqueurs biologiques du stress. Comme dans l'étude SENSE, des niveaux de cortisol ont été recueillis. Les résultats paraissent probants mais les mêmes limitations en lien avec un possible biais d'habituation ne sont pas à écarter.

Une différence statistiquement significative a été déterminée entre les scores de l'échelle de stress perçu, STAI-1, STAI-2, l'inventaire de dépression de Beck et le niveau de cortisol salivaire avant et après la séance de psychodrame. Il y avait une diminution significative des scores de l'échelle et du cortisol salivaire après *versus* avant le psychodrame. Ce résultat est important car il montre l'aspect biologique de l'amélioration clinique⁶⁴⁹.

Cet autre article s'intéresse également à une population de patients souffrant de troubles dépressifs. Il est à noter, comme dans les études précédentes, que les populations incluses représentent des effectifs très faibles, affaiblissant les données quantitatives traitées statistiquement. Toutefois un effet positif statistiquement a également été retrouvé ici :

La moyenne initiale du score HAM-D17 des patients était de 13,33 (+/- 2,39), alors qu'elle était de 5,88 (+/- 4,01) à la fin du traitement. Une diminution statistiquement significative de la sévérité des symptômes dépressifs après traitement a été déterminée ($z = 2,677$, $p = 0,007$, test de Wilcoxon). Les attentes des patients concernant la psychothérapie de groupe et le psychodrame ont été étudiées. Il a été déterminé à la fin du traitement que le contrôle de la colère des patients augmentait, les peurs et l'irritabilité diminuaient, qu'ils recevaient du soutien du groupe et qu'ils se comprenaient mieux⁶⁵⁰.

psychotherapeutic group, being the next 10 allocated to the control group. [...]In this study, treatment response measured by HAM-D and SASSR was significantly better in the psychotherapeutic group, which indicates that PP might be effective as an adjunctive treatment for MDD. This is a valuable contribution to the literature, considering that this psychotherapeutic method has been not studied before in MDD. Our study demonstrates its efficacy according to the higher levels of evidence. »

⁶⁴⁹ ERBAY Lale Gönenir, REYHANI İsmail, ÜNAL Süheyla, et al., « Does Psychodrama Affect Perceived Stress, Anxiety-Depression Scores and Saliva Cortisol in Patients with Depression? », in *Psychiatry investigation*, n° 10, vol. 15, 2018, p. 970. « Statistically significant difference was determined between the scores of perceived stress scale, STAI-1, STAI-2, beck depression inventory and salivary cortisol level before and after psychodrama session. There was significant decrease in both the scale scores and salivary cortisol after vs. before psychodrama. This results is important as it shows the biological aspect of clinical improvement. »

⁶⁵⁰ SÖZERI-VARMA Gülfizir, KARADAĞ Filiz, KALKAN-OĞUZHANOĞLU Nalan, et al., « The role of group psychotherapy and psychodrama in the treatment of depression », in *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, n° 4, vol. 20, 2017, p. 308-317. « The initial HAM-D17 score average of the patients was determined as 13.33 (+/- 2.39), whereas it was determined as 5.88 (+/- 4.01) at the end of the treatment. A statistically significant decrease was determined in the severity of depressive symptoms after treatment ($z = 2.677$, $p = 0.007$, Wilcoxon test). The expectations of the patients from group psychotherapy and psychodrama were revised. It was determined at the end of the treatment that anger control of the patients increased, fears and irritability decreased, that they received support from the group and that they understood themselves better. »

Conclusion de la quatrième partie

Dans cette quatrième et dernière partie, j'ai analysé les étapes de l'organisation d'un atelier, de son élaboration jusqu'à son évaluation. Dans l'ensemble des ateliers décrits et étudiés, les projets s'inscrivent dans un temps long. Les interlocuteurs sont nombreux et l'organisation se partage entre plusieurs acteurs. Une distinction doit de nouveau être faite entre les différents types d'atelier (à vocation artistique, thérapeutique et occupationnelle). Les formes d'organisations ne sont pas du tout les mêmes et le déroulement du projet s'en ressent.

Dans un premier temps, j'ai montré comment l'atelier s'organise. Trois phases se succèdent, l'élaboration du projet, l'atelier puis la restitution. Les deux premières phases se retrouvent dans l'ensemble des projets que j'ai étudiés. Elles sont spécifiques à chacune des pratiques (création artistique, dramathérapie, psychodrame et atelier occupationnel) et se déroulent toujours en collaboration entre les soignants, le ou les intervenant(s) et les patients. Des personnels administratifs peuvent venir en soutien dans l'élaboration, mais ils interviennent très peu dans la phase de déroulement de l'atelier. Enfin, la restitution pose la question du regard porté sur les créations et le travail réalisé au cours de ces ateliers. C'est un enjeu majeur pour l'accompagnement des patients. Les services de psychiatrie se sont ouverts au cours des dernières décennies et la prise en compte de l'environnement socio-culturel du malade est de plus en plus considérée au cours de son hospitalisation. L'atelier est révélateur de cette amélioration des conditions de vie et aboutit parfois à une représentation à un public extérieur d'un travail artistique accompli dans le cadre de ce type de projet.

Dans un second temps, je me suis intéressé aux adaptations indispensables de l'activité au public spécifique de la psychiatrie. Le corps, souffrant, peut aussi être porteur de handicap et l'intervenant doit donc proposer des activités adaptées. On trouve ici des similitudes avec la notion de guidance développée par Johane Doyon⁶⁵¹ ou avec les travaux de la compagnie l'Entresort, devenue aujourd'hui le Centre national pour la création adaptée. J'ai également expliqué en quoi les consignes claires et simples sont une nécessité pour qu'un atelier se déroule dans de bonnes conditions. Cependant, là où les compagnies et artistes qui proposent des

⁶⁵¹ DOYON Johane, *Art dramatique et déficience intellectuelle : guide théorique et pratique*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2007.

créations avec des personnes handicapées parlent d'attention pour un bon déroulement de la pratique, et se refusent d'entrer dans un cadre thérapeutique, on trouve dans les services de psychiatrie des ateliers destinés à soigner les patients. C'est là une particularité de l'environnement de la santé mentale plus que de la discipline puisque des ateliers de musicothérapie et de danse-thérapie se développent également dans les services de soins psychiatriques.

Dans un troisième temps, je me suis donc interrogé sur ces finalités hétérogènes qui caractérisent les différents types d'atelier. Travailler sur l'estime de soi, produire un acte créatif ou s'amuser à pratiquer le théâtre sont quelques-uns des objectifs affirmés par les responsables d'ateliers, les soignants et même par les patients. J'ai aussi remarqué que, bien qu'ils n'utilisent pas les mêmes pratiques théâtrales, ces ateliers partagent malgré tout une grande similitude dans l'approche groupale. L'ensemble des protagonistes notent la place centrale qu'occupe le groupe dans ces aventures théâtrales, tant dans ces aspects thérapeutiques, de liens sociaux et de partages.

J'ai enfin noté un effort évaluatif de la part des différents acteurs entrant dans l'organisation d'ateliers théâtre dans les services de psychiatrie. Cette phase d'évaluation constitue l'objet du dernier chapitre de mon étude. Ce travail de réflexion sur les évaluations des ateliers théâtre est à ma connaissance original en science sociale et permet de questionner en fin de compte la justification des acteurs autour de ces types d'activités. En vue d'étudier la place qu'occupe cette évaluation dans les démarches des différents acteurs, je me suis attaché à montrer que la littérature scientifique va dans le sens d'une efficacité prouvée de réductions des symptômes des maladies mentales. Ceci concerne la réhabilitation psychosociale des patients ainsi que la socialité, renforcée par ce type de pratiques. La dramathérapie est peu présente dans cette revue de la littérature autour de l'évaluation. Il semble qu'aujourd'hui ce manque se comble car la dramathérapie est de plus en plus documentée, d'un point de vue médical ou psychologique. Les études qui portent sur l'impact bénéfique de cette pratique sur le quotidien des patients tend à montrer des évolutions positives⁶⁵².

⁶⁵² KATHLEEN Olivier, PLUEN Sophie et STAVROU Dimitra, *Dramathérapie. Applications cliniques*, Paris, L'Harmattan, 2021.

Conclusion générale

Une activité plurielle autour de la mission de socialité

Insolite à l'époque de Bruno Boussagol dans les années 1970, excentrique à l'époque du Marquis de Sade au début du XIX^{ème} siècle, la pratique du théâtre avec des patients souffrant de maladies mentales est aujourd'hui très répandue. La vision sur le patient a changé, évolué. Pour autant, les établissements de soins des maladies mentales sont toujours et avant tout là pour soigner des troubles psychiques. La question de la santé mentale est alors indissociable de la question sociale, de l'insertion des patients dans la cité, de la relation qu'ils ont avec leur environnement de vie. La pratique du théâtre pourrait-elle être vectrice d'émancipation sociale pour les patients⁶⁵³ ?

Serait-elle l'illustration d'une tentative de travailler autrement dans les institutions psychiatriques, en particulier autour de l'inclusion des patients dans la société ? L'institution de soin travaille désormais notamment sur la possible « réinsertion » des patients au sein de la cité, alors qu'elle travaillait plutôt à protéger la cité des patients précédemment.

⁶⁵³ FOURMENTRAUX Jean-Paul, « Aux arts, citoyens ! », in *L'Observatoire*, n° 1, N° 44, 2014, p. 67-69.

Du côté des artistes, on assiste depuis quelques années à l'appropriation par les comédiens de nouveaux espaces de création. Cet investissement, qui ne se faisait pas avant, se fait au profit de la rencontre avec des (non)publics jusque-là isolés de la pratique artistique, notamment théâtrale. La démocratisation culturelle, du moins son idéal, se conjugue à la démocratie culturelle et les artistes ont une mission d'améliorer le *socius*, le lien social de ces personnes empêchées, du moins qui n'ont pas une pratique régulière du théâtre. Ils ambitionnent, avec le soutien des pouvoirs publics, de promouvoir les droits culturels. Il s'agit là comme je l'ai montré d'atelier théâtral à vocation artistique autour de différents dispositifs. Ceux-ci relèvent des politiques publiques d'aide à la médiation artistique auprès de publics spécifiques (Culture et Santé), d'opportunité d'activité pour des comédiens dans des établissements de santé ou tout simplement de pratiques liées aux connaissances artistiques des soignants.

Du côté des institutions psychiatriques accueillant ce type de pratique, la rencontre artistique autour de l'activité théâtrale serait un médiateur efficient, l'agent du processus d'ouverture vers l'extérieur, d'une socialité renforcée pour les patients. La structure institutionnelle organisatrice de l'atelier doit s'adapter en conséquence en respectant ses objectifs, son organisation, sa hiérarchie et le cadre d'espace et de temps qu'elle accorde à cette pratique. Donner lieu et temps à un atelier théâtre est un engagement politique dans le sens où cette pratique n'est pas communément admise et qu'elle demande des moyens (organisationnel, financier...) particuliers : l'institution accepte de créer en son sein un espace de liberté, un territoire où se passeront des expériences artistiques touchant au plus intime des personnes⁶⁵⁴.

Du côté des soignants, l'évolution dans la prise en charge du patient est marquée par différents progrès (amélioration des thérapeutiques, rétablissement, empowerment) qui offrent la possibilité d'entrevoir un intérêt de la pratique théâtrale durant le temps de prise en charge des personnes en souffrance. Le choix d'une pratique théâtrale par une équipe pluridisciplinaire est de mise pour soigner en optant pour une technique théâtrale plutôt qu'une autre. La multiplicité des professionnels pratiquant le théâtre en psychiatrie est un marqueur de ce foisonnement et du choix qu'il impose. Infirmier, psychiatre, psychologue, éducateur, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien et animateur, tous peuvent user à un moment ou à un autre de pratiques s'inspirant des techniques de l'art théâtral. La socialité, vécue comme

⁶⁵⁴ J. Florence, *L'art, op. cit.*

expérience et comme potentialité par le patient, reste alors finalement l'objectif premier, présent dans l'ensemble des pratiques théâtrales.

Ce qui est d'autant plus intéressant pour les acteurs de terrain dans la définition de leurs pratiques est qu'ici l'art dramatique s'inscrit de différentes manières dans le milieu du soin des maladies mentales. Artistique, thérapeutique, occupationnel, il est utilisé de différentes façons pour différents objectifs. Dans cet univers particulier, les raisons de ces applications sont porteuses de valeur. Il est clair que l'art ne vient pas là sans fondement. Il nous renseigne ainsi sur le rapport que nous pouvons entretenir avec la culture et les soins psychiatriques mais aussi sur la relation que le pratiquant d'art a avec les autres participants de l'atelier et le groupe. Les interactions sociales dans ce cadre l'influencent et les différents interactants de ces ateliers jugent de l'utilité ou non de cette pratique sur leur devenir social et leur réhabilitation.

D'où vient cette envie de faire du théâtre dans les services de psychiatrie ? Dans le secteur de la santé mentale, les personnels utilisant l'art théâtral et les soignants entretiennent depuis longtemps des relations fructueuses. Ils collaborent avec différents objectifs. Ils peuvent être d'ordre thérapeutique, occupationnel. Les propositions artistiques qui sont faites aux patients cherchent aussi à favoriser l'expression, une expression plurielle. Cette expression propose parfois un autre langage artistique riche, particulier et novateur. On l'a vu, certains proposent même de trouver ici une régénération de l'art théâtral⁶⁵⁵. S'ensuit la réception de ces formes particulières par les spectateurs.

L'ouverture en retour du regard des autres membres de la société sur les créations des personnes souffrantes psychiquement pourrait développer le lien social autour de la pratique artistique, là encore une socialité renforcée pour les spectateurs comme pour les acteurs. La pratique théâtrale et la production spectaculaire qui en découle permettraient de lutter en partie contre la stigmatisation des personnes malades. Les patients psychiatriques ont des problèmes relationnels liés à leurs maladies. Ils doivent pour autant pouvoir rejoindre la société le plus normalement possible.

⁶⁵⁵ M. Vaïs, « Le théâtre utile », art cit.

L'accès à « la culture bénéfique » et à une transcendance

Une distinction peut être faite entre deux types de droits culturels : une culture identité, où la culture de chacun doit être respectée et un type d'accès à la culture dans un but bénéfique. Bruno Martin propose cette distinction dans la revue du MAUSS en 1999. Il définit la culture bénéfique comme l'enrichissement de l'esprit par des exercices intellectuels⁶⁵⁶. C'est bien de cela que nous parlons quand on aborde la pratique théâtrale en institution psychiatrique. Selon la Déclaration de Mexico de 1982 sur les politiques culturelles, la culture donne à l'homme la capacité de réflexion sur lui-même. C'est par elle que l'homme crée des œuvres qui le transcendent. C'est donc en plus d'une socialité renforcée une création, une introspection, un regard intérieur. La pratique du théâtre apporte une exploration de son psychisme, c'est de faire avancer les gens dans la connaissance d'eux-mêmes. C'est ce que Maryvonne Saison, philosophe et spécialiste de l'art théâtral, nomme les autres impératifs de la pratique artistique : « Là où le politique oriente la création vers le social, espérant d'un art qui réunit des individus dans une communauté, même éphémère, qu'il crée du lien social, l'artiste revendique le droit, voire le devoir, de répondre à d'autres impératifs⁶⁵⁷. »

Du côté des promoteurs de la politique culturelle, il y a de bonnes intentions. La vie culturelle réduit l'isolement du malade et respecte la dimension existentielle de la personne. Elle guérit. La culture, vecteur de valorisation personnelle, professionnelle et sociale, est considérée comme une contribution à la politique de santé qui accorde une nouvelle place à l'usager. Du côté de l'artiste, le refus de tout discours d'animation ou de thérapie, dans la mesure où autre chose est en jeu, où un risque d'un autre ordre est pris. La frontière est ténue mais claire entre les intentions charitables qui animent le politique ou le social et l'exigence dont se réclame l'artiste. Cette frontière reste pourtant un repère indispensable au cœur de l'action et pour situer les pratiques entre thérapie, occupation et création. L'œuvre artistique, loin de se fermer au monde instaure une scène propice à l'expérience d'un temps commun⁶⁵⁸. Un temps commun limité puisque l'artiste n'est pas en capacité de rester longtemps au sein de l'institution. Les intervenants, lorsqu'ils sont artistes professionnels, doivent poursuivre leur

⁶⁵⁶ MARTIN B, « Les droits culturels comme mode d'interprétation et de mise en œuvre des droits de l'homme », in *Le retour de l'ethnocentrisme : Purification ethnique versus universalisme cannibale*, n° 13, 1999, p. 236-260.

⁶⁵⁷ SAISON Maryvonne, « Le théâtre et le souci du « commun » », in *Nouvelle revue d'esthétique*, n° 2, n° 6, 2010, p. 131-139.

⁶⁵⁸ *Ibid.*

carrière pour ne pas s'enliser et devenir des animateurs ou des thérapeutes. Ils se doivent d'être toujours dans une recherche artistique, de continuer à être diffusés et ne peuvent pas uniquement animer des ateliers. Ils peuvent s'inspirer de ce qu'ils ont vécu ici mais ne peuvent pas rester. Que demeure-t-il alors après leurs passages pour les patients ? Une reconnaissance jamais assouvie d'une recherche de talent d'artiste chez celui (le patient) qui aurait peu de raisons d'avoir cette aptitude ? Cela pose question à certains professionnels et l'utilité de la pratique artistique peut être fortement remise en cause.

Avoir le pouvoir

Qui a donc le pouvoir décisionnel dans la volonté d'organiser un atelier théâtre ? Le psychiatre n'est plus le seul chef à bord. Les personnels administratifs, que ce soit de l'établissement de soins ou des structures accompagnant les artistes ou intervenants, sont de plus en plus influents. La décision finale se déplace, se partage. Face aux conditions de travail difficiles dans les établissements de soins des maladies mentales, la communication avec et entre l'équipe soignante peut en être altérée. Dans le cas de certains projets des situations très tendues au sein de l'équipe soignante ont même fait avorter le projet. Les intervenants ne sont pas forcément sensibilisés à ce qui se passe dans les établissements de soins. L'intervenant doit s'adapter pour travailler dans le milieu de la santé mentale. Il travaille avec un public mouvant. La flexibilité de l'artiste est essentielle.

Une difficulté assez récurrente chez nous c'est la conception que les artistes peuvent avoir du public. On n'a pas de public ici puisqu'on est un lieu ouvert. Selon les projets on a des personnes très différentes qui s'inscrivent. Les artistes peuvent avoir une conception d'un public constitué comme un groupe. Ce qui n'est pas le cas dans notre structure. On n'a pas des patients réguliers. Ça c'est quelque chose que l'on travaille dans nos projets. On ne monte pas un projet de la même façon avec des personnes qui seront les mêmes du début à la fin qu'un projet où les personnes vont être là, ne vont plus être là, abandonner le projet en cours de route. C'est un paramètre qui fait partie du montage de nos projets. La durée d'hospitalisation réduit fortement. Il y a 15 ans en psychiatrie on avait des personnes chroniques donc on pouvait construire dans le temps. Aujourd'hui, les patients qui viennent en hospitalisation sur l'hôpital viennent souvent en temps de crise ce n'est pas évident de les mobiliser sur de l'artistique ou du culturel. Et après en général ils sont pris en charge sur des structures en extérieur.⁶⁵⁹

⁶⁵⁹ MME SIMON, « Entretien du 1 juillet 2019 ».

Elle conditionne même la bonne tenue de l'atelier. Des relations de pouvoir entre les patients, les soignants et les intervenants apparaissent dans le cadre d'un atelier qui s'inscrit dans la durée. La place du patient est alors à questionner pour l'intervenant et les soignants. Quelle part de liberté reste-t-il aux patients ?

A l'extérieur, dans les ateliers c'est différent. Ici tu as un pouvoir. Tu es le soignant, on est les patients. Ici les gens veulent faire, tout le monde fait l'effort, c'est remarquable. Par rapport au pouvoir, avec tout le personnel soignant tu ressens qu'ils ne sont pas comme toi. Eux ils sont de l'autre côté de la barrière. Tu sens qu'il y a une règle et qu'eux ils sont là pour la faire respecter⁶⁶⁰.

La sélection des participants rentre ici en compte et elle peut être effectuée de multiples façons. Réalisée par l'équipe médicale, le référent culturel ou le service animation, elle oblige les intervenants à s'adapter. Les structures sont parfois ouvertes à tous (mixité des publics) et on trouve dans quelques cas une obligation de participation des patients. Assiste-t-on à un impératif d'insertion ? Le sujet perd sa liberté dans la maladie. Il est nécessaire de le prendre en compte. Jean de Munck pointe cette possible dérive institutionnelle d'aliénation :

L'obligation faite aux usagers du système de santé mentale de mener une vie autonome et l'impératif d'insertion ne sont pas a priori moins écrasants que la protection asilaire ou le statut d'handicapé à vie. Sous le couvert de la promotion de l'autonomie se profilent de nouvelles exigences qui, pour certaines personnes, peuvent apparaître parfaitement terrifiantes. Avec ses idéaux adaptatifs, le discours (ré)éducatif peut, sous ces auspices, reprendre une nouvelle vigueur⁶⁶¹

L'assiduité et l'obligation sont donc de réels problèmes pour l'ensemble des projets que j'ai étudiés plus spécifiquement par le biais des entretiens et des observations. Cette finesse dans l'étude de terrain permet de montrer que la prise en charge d'un malade impose des temps de pause, de reprise. Il n'est donc pas simple pour les personnes organisant l'atelier (administratif, chargé culturel, soignant) de gérer une continuité dans la liste des personnes présentes.

⁶⁶⁰ MR DUMAS, « Entretien du 26 avril 2019 ».

⁶⁶¹ DE MUNCK Jean, « Folie et citoyenneté : Où en est la psychiatrie ? », in *Sciences humaines*, n° 147, 2004, p. 38-41.

Enfin peut-on parler d'un réel pouvoir de guérison par le théâtre ? Pour Jean Marie Pradier : « La pratique artistique n'est pas thérapeutique ; ce sont les carences provoquées par son absence qui sont pathogènes.⁶⁶². »

On a vu que cette affirmation peut être nuancée par les évaluations qui semblent accorder des retombées thérapeutiques à l'utilisation de certaines formes théâtrales en service de psychiatrie.

⁶⁶² J.-M. Pradier, D.F. Calvert et S. Dubouilh, *Ethnoscénologie les incarnations de l'imaginaire*, op. cit.

Bibliographie

- ABIRACHED Robert, *La décentralisation théâtrale.*, Arles, Actes Sud, 2005.
- ACKROYD Judith, *Applied Theatre: Problems and Possibilities*, Londres, Applied Theatre Researcher, 2000.
- ADRIEN Philippe, KERMABON Geneviève de, PIERRON Agnès, KARSENTI Tiphaine et POIRSON Martial, « Grand peur et misère du Grand-Guignol », in *Etudes théâtrales*, n° 1, N° 44-45, 2009, p. 139-148.
- AGUILAR Luis, *L'univers des activités dramatiques en art, thérapie et éducation*, Carnières-Morlanwelz, Lansman, 1998.
- ALLARD Guy, PARADIS André, GOULET Jean, *Aspects de la marginalité au Moyen Âge*, Montréal, L'Aurore, 1975.
- ANCELIN SCHÜTZENBERGER Anne, *Le psychodrame*, Paris, Editions Payot & Rivages, 2008.
- ANDRIEU Bernard, « Hétéro-réflexivité des techniques du corps.. L'épistémologie physio-psycho-sociale de Marcel Mauss », in *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, n° 17, 1 janvier 2006.
- ANZIEU Didier, « Les débuts du psychodrame en France (1946-1972) », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 1, n° 56, 26 juin 2011, p. 9-24.
- ARBORIO Anne-Marie, « 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" » in *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2009, p. 51-61.

- ARCHAMBAULT Kim, « Évaluation d'un programme novateur de réadaptation par les arts de la scène pour des jeunes présentant un trouble psychiatrique stabilisé : le programme Espace de Transition », Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2014.
- ARCIER Bernard Faivre D', « De la pluridisciplinarité du spectateur et de la transdisciplinarité de l'artiste », in *L'Observatoire*, n° 2, N° 39, 2011, p. 31-36.
- ARIANE Salmé, « Culture au pluriel », in *Culture et recherche*, n° 106-107, 2005, p. 18-21.
- ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque: livre VI*, Paris, Hachette, 1998.
- _____, *La poétique*, Paris, Éd. du Seuil, 2011.
- ARTAUD Antonin, *Le théâtre et son double: Suivi de Le théâtre de Séraphin*, Paris, Gallimard, 2019.
- _____, *Œuvres*, Paris, Gallimard, 2004.
- ARVEILLER Jean-Paul, DURAND Bernard, MARTIN Brice et FRANCK Nicolas, *Santé mentale et processus de rétablissement*, Nîmes, Champ Social, 2017.
- ATTIGUI Patricia, *Jeu, transfert et psychose: de l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*, Paris, Dunod, 2012.
- AUGUSTIN Jean-Pierre et GILLET Jean-Claude, *L'animation professionnelle: histoire, acteurs, enjeux*, Paris; Montréal, L'Harmattan ; L'Harmattan Inc, 2006.
- BACQUE Marie-Frédérique, « Le groupe thérapeutique. Approche intégrative: E. Marc et C. Bonnal, Dunod, 2014 », in *Psycho-Oncologie*, n° 1, vol. 9, mars 2015, p. 64-65.
- BARBA Eugenio, *Le canoë de papier : traité d'anthropologie théâtrale*, Saussan, l'Entretemps, 2004.
- BARBA Eugenio et SAVARESE Nicola, *A dictionary of theatre anthropology: the secret art of the performer*, London, Routledge, 2006.
- BARRUCAND Dominique, *La catharsis dans le théâtre la psychanalyse et la psychothérapie de groupe*, Paris, Épi éditeurs, 1970.
- BAYLE Gérard, « Drama, entre excitations et pulsions », in *Cliniques*, n° 2, N° 12, 1 décembre 2016, p. 82-95.
- BEAUD Stéphane et WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2017.
- BEAUMANOIR Philippe de et SALMON Amédeé, *Coutumes de Beauvaisis*, Paris, Picard, 1970.
- BECKER Howard Saul, *Les ficelles du métier: comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2013.
- _____, *Le travail sociologique: méthode et substance*, Fribourg, Academic Press, 2006.

_____, *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 2006.

BELORGEY Nicolas, « De l'hôpital à l'état : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », in *Gouvernement et action publique*, n° 2, VOL. 1, 20 juin 2012, p. 9-40.

BERLAND Y., BONNEL G., CHABOISIER M., GRANGER J.-M., QUILLET E., VITAL-DURAND D., TEULLIER R. et RAPIAU M.-T., *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*, Paris, Haute autorité de santé, 2007.

BESSY Christian et MARCHAL Emmanuelle, « Le rôle des réseaux et du marché dans les recrutements », in *Revue Française de Socio-Economie*, n° 1, n° 3, 7 avril 2009, p. 121-146.

BLANC Adrien, « Évaluation, psychothérapies et psychanalyse : réflexions et perspectives éthiques, épistémologiques et scientifiques », in *In Analysis*, n° 2, vol. 2, septembre 2018, p. 163-170.

BODELET Claire, *Embarquer avec les clowns à l'hôpital : sociologie d'un drôle de travail entre art et service*, These de doctorat, Paris, EHESS, 2020.

BONHOTAL Anne-cécile, *L'atelier au C.M.P. : entraînement des compétences pragmatiques au moyen de techniques théâtrales chez des enfants suivis en pédopsychiatrie*, Université Henri Poincaré-Nancy, 2009.

BONICCO Céline, « Goffman et l'ordre de l'interaction : un exemple de sociologie compréhensive », in *Philonsorbonne*, n° 1, 15 novembre 2007, p. 31-48.

BONNEFON Gérard, « Un art extraordinaire ? À propos des pratiques artistiques dans les secteurs du médicosocial et de la santé mentale », in *Psychologie Clinique*, n° 2, n° 34, 11 décembre 2012, p. 155-166.

BONNET Marius, GAUZY Louis et GENTIS Roger, « La fête votive de 1957 à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban », in *VST - Vie sociale et traitements*, n° 2, N° 142, 19 avril 2019, p. 113-117.

BOQUET Guy, *Théâtre et société: Shakespeare.*, Paris, Flammarion, 1969.

BOUQUET Brigitte, « La complexité de la légitimité », in *Vie sociale*, n° 4, n° 8, 22 décembre 2014, p. 13-23.

BOURDAIS Julien, « Les temps longs de l'hospitalisation. Enquête ethnographique dans un établissement privé de psychiatrie », in *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 22 juin 2016, p. 157-178.

BOURGEOIS Marc-Louis et HAUSTGEN Thierry, « Des passions (à propos du deuxième centenaire de la thèse d'Esquirol, 1805). En hommage à Georges Lantéri-Laura », in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, n° 5, vol. 164, juillet 2006, p. 419-428.

BOUSSAGOL Bruno, « Un atelier-théâtre en hôpital psychiatrique », in *Reliance*, n° 3, no 17, 2005, p. 88-90.

_____, *Captation de l'atelier au CHS*, 1990.

BOUTEILLER Marcelle, *Chamanisme et guérison magique.*, Paris, Presses universitaires de France, 1950.

BRAHY Rachel, *S'engager dans un atelier-théâtre: À la recherche du sens de l'expérience*, Cuesmes, Editions du Cerisier, « Place Publique », 2019.

BROUSTRA Jean, « Sade, entre Bastille et Charenton : de l'insoumission créatrice au théâtre moral », in *L'information psychiatrique*, n° 7, Volume 94, 28 septembre 2018, p. 595-600.

_____, *Abécédaire de l'expression: psychiatrie et activité créatrice, l'atelier intérieur*, Ramonville Saint-Agne, Erès, « Collection "Des travaux et des jours" », 2000.

BROUSTRA Jean et GENTIS Roger, *L'expression: psychothérapie et création*, Paris, ESF, 1996.

BRUN Anne, CHOUVIER Bernard et ROUSSILLON René, *Manuel des médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod, 2017.

BUBIEN Yann, EVEN Rachel, GLORION Bernard et GALAVERNA Olivier, « Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital », in *Les Tribunes de la santé*, n° 2, no 3, 2004, p. 57-65.

BUREAU Marie-Christine, *L'artiste pluriel: Démultiplier l'activité pour vivre de son art*, Villeneuve-d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2019.

CACHIA Henri, OURY-PULLIERO Yannick et CAUSSANEL René, *Jouer à La Borde: théâtre en psychiatrie*, Saint-Georges-d'Oléron, Les Éditions libertaires, 2015.

CALVERT Dorys, *Théâtre et neuroscience des émotions*, Paris, L'Harmattan, 2016.

CANEL Alfred, *Recherches historiques sur les fous des rois de France et accessoirement sur l'emploi du fou en général*, Paris, Alphonse Lemerre, 1873.

CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Quadrige, 2007.

CARTIER Louis, « Le Théâtre de l'opprimé : stop! Ce n'est pas magique... Entretien avec Augusto Boal », in *Jeu : Revue de théâtre*, n° 27, 1983, p. 28-37.

CAUNE Jean, « Pratiques culturelles, médiation artistique et lien social », in *Hermès, La Revue*, n° 2, n° 20, 1996, p. 169-175.

CEFAÏ Daniel, *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2003.

CENTRE NATIONAL DU THEATRE, *Guide de l'action théâtrale Itinéraires de la sensibilisation*, Paris, CNT, 1999.

CHABOD Benjamin, *La psychothérapie institutionnelle à l'heure de la réhabilitation*, PhD Thesis, 2016.

CHANGEUX Jean-Pierre et DEBRU Claude, *Du vrai, du beau, du bien une nouvelle approche neuronale*, Paris, O. Jacob, 2010.

- CHENIVESSE Pierre et DE LUCA Manuella, « Le théâtre du Grand Guignol et l'aliénisme », in *L'Évolution Psychiatrique*, n° 3, vol. 82, 1 juillet 2017, p. 619-629.
- CHESTIER Aurore, « Du corps au théâtre », in *Corps*, n° 1, n° 2, 2007, p. 105-110.
- CHEVRIER Marion, *L'atelier théâtre au C.M.P. ou comment sensibiliser les enfants aux émotions*, other, UHP - Université Henri Poincaré, 2008.
- CHIMISANAS Gérard, *Un atelier théâtre en CMP*, Toulouse, Erés 2015.
- CHOUVIER Bernard, *Le jeu théâtralisé : une médiation thérapeutique en groupe d'enfants*, Malakoff, Dunod, 2017.
- CICOUREL Aaron Victor, *Le raisonnement médical: une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2002.
- CLARAC François et TERNAUX Jean-Pierre, *Encyclopédie historique des neurosciences: du neurone à l'émergence de la pensée*, Bruxelles, De Boeck, 2008.
- CLOTTES Jean, LEWIS-WILLIAMS J. David, CLOTTES Jean, CLOTTES Jean et LEWIS-WILLIAMS J. David, *Les chamanes de la préhistoire: transe et magie dans les grottes ornées ; suivi de Après les chamanes, polémique et réponses : [texte intégral, polémique et réponses*, Paris, La Maison des roches, 2001.
- COLDEFY Magali, « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. », in *Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation.*, Paris, IRDES 2009.
- COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, FIAT Caroline et WONNER Martine, *Rapport d'information relative à l'organisation de la santé mentale*, Paris, Assemblée Nationale, 2019.
- CONSTANTIN-KUNTZ Marie, PONS Élodie, ARTAUD Benjamin, ZOUTE Catherine et TRAN Jacqueline, « Parcours de soin en psychiatrie adulte : de l'hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l'autonomie », in *Cliniques*, n° 2, N° 8, 7 octobre 2014, p. 88-105.
- COPANS Jean, *L'enquête ethnologique de terrain*, Paris, A. Colin, 2016.
- CORBETT Blythe A., GUNTHER Joan R., COMINS Dan, PRICE Jenifer, RYAN Niles, SIMON David, SCHUPP Clayton W. et RIOS Taylor, « Brief Report: Theatre as Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder », in *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n° 4, vol. 41, avril 2011, p. 505-511.
- CORDRIE Lorette, *La santé, les jeunes et le théâtre : « Les adorables » un programme de promotion de la santé, production du CFES, création théâtrale de la Compagnie Théâtre & Co*, Vanves, Comité français d'éducation pour la santé, 1992.

- CORNEILLE Pierre et FORESTIER Louis, *Discours de la tragédie et des moyens de la traiter selon le vraisemblable ou le nécessaire*, Paris, Société d'édition d'Enseignement Supérieur, 1997.
- COSTA Elisabeth Maria Sene, ANTONIO Rosilda, SOARES Márcia Britto de Macedo et MORENO Ricardo Alberto, « Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study », in *Brazilian Journal of Psychiatry*, n° 1, vol. 28, 2006, p. 40-43.
- COSTES Mylène, *Atelier culturel et hôpital psychiatrique : enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme « Culture à l'hôpital »*, These de doctorat, Avignon, 2010.
- COUDER Olivier, *Présence du handicap dans le spectacle vivant*, Toulouse, ERES, 2020.
- COUEDIC Anne, CROQUEFER Isabelle, MAILLARD Thierry et MORVAN Kaëlig, « A la croisée du soin, de l'art et de la culture », in *Objectifs Soins et Management*, vol. 243, 2016, p. 42-45.
- CRETE Pascal et PROIA-LELOUEY Nadine, « Le sujet au risque des nouvelles organisations », in *Pratiques en sante mentale*, n° 1, 60e année, 2014, p. 4-7.
- DALLEY Tessa, RIFKIND Gabrielle et TERRY Kim, *Three Voices of Art Therapy: Image, client, therapist*, Londres, Routledge, 2013.
- DARS Émile et BENOIT Jean Claude, *L'expression scénique; psychologie de l'expression, théâtre et psychothérapie*, Paris, Éditions sociales françaises, 1964.
- DE MUNCK Jean, « Folie et citoyenneté : Où en est la psychiatrie? », in *Sciences humaines (Auxerre)*, n° 147, 2004, p. 38-41.
- DEGAINE André, *Histoire du théâtre dessinée: de la préhistoire à nos jours, tous les temps et tous les pays*, Saint-Genouph, A.-G. Nizet, 2017.
- DELDIME Roger, *Fou de théâtre*, Carnières, Lansman, 1993.
- DELION Pierre, « Hommage à Jean Oury (1924-2014) », in *L'information psychiatrique*, n° 6, Volume 90, 31 juillet 2014, p. 503-505.
- ___, *Créativité et inventivité en institution: empêchements et possibles*, Toulouse, Erès, 2014.
- DEMAILLY Lise, « Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France », in *SociologieS*, 18 juin 2014.
- ___, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte, 2011.
- ___, *La politique de santé mentale en France: acteurs, instruments, controverses*, Paris, Armand Colin, 2012.
- DEMAZIERE Didier, GADEA Charles et BECKER Howard Saul, *Sociologie des groupes professionnels acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009.

- D' ESTIENNE Jeanne Mesmin, « La folie selon Esquirol. Observations médicales et conceptions de l'aliénisme à Charenton entre 1825 et 1840 », in *Revue d'histoire du XIXe siècle*, n° 40, 15 juillet 2010, p. 95-112.
- DEWEY John, *L'art comme expérience*, Paris, Gallimard 2012.
- DJAKOUANE Aurélien, *Étude relative aux pratiques théâtrales non professionnelles*, DGCA/culture partagée, 2013.
- DODDS Eric Robertson et GIBSON Michael, *Les Grecs et l'irrationnel*, Paris, Flammarion, 1977.
- DONABEDIAN Avedis, *The definition of quality and approaches to its assessment: his explorations in quality assessment and monitoring*, Ann Arbor, Mich., Health Administration Press, 1980.
- DOUXAMI Christine, *Théâtres politiques: en mouvements*, Besancon, Presses universitaires de Franche-Comté, 2011.
- DOYON Johane, *Art dramatique et déficience intellectuelle: guide théorique et pratique*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2007.
- DRULHE Marcel et SICOT François, *La santé à coeur ouvert: sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2011.
- DUBOIS Anne-Marie, « Les psychothérapies à médiation artistique », in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, n° 1, vol. 178, janvier 2020, p. 48-51.
- _____, *Art-thérapie, Principes, méthodes et outils pratiques, I: Art-thérapie*, s.l., Elsevier Health Sciences, 2013.
- DUBOIS Jérôme, *Les usages sociaux du théâtre hors ses murs: école, entreprise, hôpital, prison, etc.: témoignages et analyses*, Paris, Harmattan, 2011.
- DUBOIS Vincent, « Ethnographier l'action publique », in *Gouvernement et action publique*, n° 1, n° 1, 3 avril 2012, p. 83-101.
- DUCHARME Francis, « Distinguer le théâtre d'intervention du théâtre engagé », *Postures*, Actes du colloque «Engagement: imaginaires et pratiques», vol. 109, 2009.
- DULIEU Louis, *La Médecine à Montpellier*, Paris, Presses universelles, 1975.
- DUPREZ Matthieu, « Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle », in *L'information psychiatrique*, n° 10, Volume 84, 2008, p. 907-912.
- DUVIGNAUD Jean, *Les ombres collectives. Sociologie du théâtre.*, Paris, Presses universitaires de France, 1973.
- EERSEL Patrice van et DUMAS Didier, *Chamanisme et psychothérapie*, Paris, A. Michel, 1997.
- ERBAY Lale Gönenir, REYHANI İsmail, ÜNAL Süheyla, ÖZCAN Cemal, ÖZGÖÇER Tuba, UÇAR Cihat et YILDIZ Sedat, « Does Psychodrama Affect Perceived Stress, Anxiety-

- Depression Scores and Saliva Cortisol in Patients with Depression? », in *Psychiatry investigation*, n° 10, vol. 15, 2018, p. 970.
- ESCARPIT Robert, *L'humour*, Paris, Presses Universitaires de France, 1990.
- EUROPE WHO Regional Office for, *Policies and Practices for Mental Health in Europe: Meeting the Challenges.*, Geneva, World Health Organization, 2008.
- EYRAUD Benoît et VELPRY Livia, « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale: une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie? », in *Revue française d'administration publique*, n° 1, 2014, p. 207-222.
- FAIGIN David A. et STEIN Catherine H., « The Power of Theater to Promote Individual Recovery and Social Change », in *Psychiatric Services*, n° 3, vol. 61, 1 mars 2010, p. 306-308.
- FAUGERAS Patrick et MINARD Michel, « Portrait d'un militant, François Tosquelles », in *Sud/Nord*, n° 1, n° 25, 2010, p. 49-56.
- FENIGER-SCHAAL Rinat et ORKIBI Hod, « Integrative systematic review of drama therapy intervention research. », in *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, n° 1, vol. 14, février 2020, p. 68-80.
- FLORENCE Jean, *L'art : thérapeute ?*, Toulouse, ERES, 2014.
- FLORENCE Jean et BIOT Paul, « Théâtre Action et Champ psychiatrique », 2010.
- FORNARO Michele, CLEMENTI Nicoletta et FORNARO Pantaleo, « Medicine and psychiatry in Western culture: among Ancient Greek myths and modern prejudices », in *Medicina Nei Secoli*, n° 3, vol. 21, 2009, p. 1105-1122.
- FORTENBAUGH William W, *Aristotle on emotion.*, London, Duckworth, 1975.
- FORTIN Sylvie et KNOTOVA Michaela, « Présentation: Îles, continents et hétérotopies : les multiples trajectoires de l'ethnographie hospitalière », in *Anthropologie et Sociétés*, n° 3, vol. 37, 2013, p. 9.
- FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 2018.
- FOURMENTRAUX Jean-Paul, « Aux arts, citoyens ! », in *L'Observatoire*, n° 1, N° 44, 2014, p. 67-69.
- FRANCES Allen J, GRANGER Bernard et LAIGNEL-LAVASTINE Alexandra, *Sommes-nous tous des malades mentaux? le normal et le pathologique*, Paris, O. Jacob, 2013.
- FRANCK Nicolas et MARTIN Brice, « Rétablissement et facteurs subjectifs », in *L'Évolution Psychiatrique*, n° 21-40, vol. 78, 2013.
- FREUD Sigmund, *Oeuvres complètes / 1899-1900 / [trad.: Janine Altounian ... et al.]. Vol. 4, Vol. 4*, Paris, Presses universitaires de France, 2004.

- GABARRON-GARCIA Florent, « Le psychiatre, l'infirmier, le fou et la psychanalyse. Pour une histoire populaire de la psychanalyse 2 », in *Actuel Marx*, n° 1, n° 59, 29 mars 2016, p. 26-41.
- GABRIELEFF Albert, *Théâtrothérapie: expérience de théâtre thérapeutique au sein d'un hôpital psychiatrique*, Paris, L'Harmattan, 2013.
- GAETNER Rose, « Chapitre IV. Théâtre, « commedia dell'arte » et cinéma », in *Monographies de la psychiatrie enfant*, 2000, p. 247-279.
- GARCIN-MARROU Flore, « Portrait de Félix Guattari en auteur dramatique », in *Chimères*, n° 2, N° 77, 26 novembre 2012, p. 137-148.
- GARRABE Jean, « Nosographie et classifications des maladies mentales dans l'histoire de la psychiatrie », in *L'Évolution Psychiatrique*, n° 1, vol. 79, janvier 2014, p. 5-18.
- GARTNER William B., NAUGHTON M. James, DEMING W. Edwards, GITLOW Howard W., GITLOW Shelly J., MANN Nancy, SCHERKENBACH William W. et WALTON Mary, « The Deming Theory of Management », in *The Academy of Management Review*, n° 1, vol. 13, janvier 1988, p. 138.
- GEBAUER Gunter et WULF Christoph, *Mimésis: culture-art-société*, Paris, Éditions du Cerf, 2005.
- GEERTZ Clifford, « La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture », in *Enquête. Archives de la revue Enquête*, n° 6, 1 octobre 1998, p. 73-105.
- _____, *Savoir local, savoir global: les lieux du savoir*, Paris, PUF, 1986.
- GENTET-RAVSCO Elisabeth, *Atelier théâtre Violence*, Noisy-le-Sec, L'Agapante, 2002.
- GILSON Étienne, *Le thomisme : introduction à la philosophie de Saint Thomas d'Aquin*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 1997.
- GINSBURGH Victor et MENGER Pierre-Michel, *Economics of the arts: selected essays*, Amsterdam; New York, Elsevier, 1996.
- GIREL Sylvie et PROUST Serge, *Les usages de la sociologie de l'art: constructions théoriques, cas pratiques: 2e congrès de l'Association française de sociologie, 2006*, Paris, Harmattan, 2007, 127 p.
- GODARD Luc et COLARD Sophie, « Apport de la théâtro-thérapie dans la prise en charge globale du patient au sein d'un hôpital de jour », in *Revue des hôpitaux de jour*, n° 7, 2005, p. 143-148.
- GODART Luc, « Du jeu théâtral comme (re)construction du lien social. », in *Pensée plurielle*, n° 1, vol. 4, 2002, p. 43.
- GOFFMAN Erving, *Asiles; études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus ...*, Paris, Editions de minuit, 1968.

- GOSNELL Douglas, « Some similarities and dissimilarities between the psychodramaturgical approaches of J. L. Moreno and Erving Goffman », in *International Journal of Sociometry and Sociatry*, n° 3-4, vol. 4, 1964, p. 94-106.
- GREACEN Tim et JOUET Emmanuelle, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Eres, 2012.
- GROS Julien, *Les statistiques de l'emploi face aux mutations du travail indépendant*, Paris, La Découverte, 2019.
- GROSSMAN Evelyne, « Antonin Artaud, en finir avec l'enfermement. », *Les chemins de la philosophie*, Paris, France Culture, 2018.
- GUENOUN Tamara, « Article original : Enjeux et fondements d'une évaluation qualitative des dispositifs de drama-thérapie avec adolescents en structures psychiatriques », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 7, vol. 65, 1 novembre 2017, p. 448-457.
- _____, « Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale », in *Adolescence*, n° 1, T.341, 26 avril 2016, p. 117-117-128.
- GUILLEMAIN Hervé, *Diriger les consciences, guérir les âmes*, Paris, La Découverte, 2006.
- _____, « Médecine et religion au XIXe siècle », in *Le Mouvement Social*, n° 2, no 215, 2006, p. 35-49.
- GÜNTER Mikael, « Art therapy in the psychiatric clinic. A historical analysis of the development of art studios », in *Psychiatrische Praxis*, n° 5, vol. 17, 1990, p. 163.
- GUYOT Sylvaine et THOURET Clotilde, « Des émotions en chaîne : représentation théâtrale et circulation publique des affects au XVIIe siècle », in *Littératures classiques*, n° 1, vol. 68, 2009, p. 225-241.
- HEITZ Raymond, « La théorie dramatique de Bertolt Brecht », in *Etudes Germaniques*, n° 1, n° 269, 2013, p. 153-160.
- HERREROS Gilles et MILLY Bruno, *Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation.*, Université Lumière Lyon 2 – Laboratoire MODYS (Mondes et Dynamiques des Sociétés) – – Institut de Recherche sur le Changement dans les Organisations, 2009.
- HIPPOCRATE, *Traité d'Hippocrate, de la nature de l'homme, de l'ancienne médecine, des humeurs, de l'art médical, traduits en français, avec le texte en regard... Par M. le chevalier de Mercy,...*, traduit par François Christophe Florimond de Mercy, Paris, impr. de J.-M. Eberhart, 1823.
- INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), *Psychothérapie : Trois approches évaluées*, Paris, Les éditions Inserm, 2004.
- JAMOUS Haroun, COMMAILLE Jacques et PONS-VIGNON Bernard, *Sociologie de la décision*, Paris, C.N.R.S. Editions, 1969.

- JOHNSON David Read et EMUNAH Renee, *Current approaches in drama therapy*, 2009.
- JONES Phil, *Drama as therapy: theatre as living*, London ; New York, Routledge, 1996.
- KANT Emmanuel, RENAUT Alain et RENAULT Alain, *Critique de la faculté de juger*, Paris, Flammarion, 2000.
- KARSENTI Bruno, *L'homme total: sociologie, anthropologie et philosophie chez Marcel Mauss*, Paris, Puf, 1997.
- KAUFMANN Jean-Claude et SINGLY François de, *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand Colin, 2016.
- KIM Ah-Jeong, STEMBRIDGE Sarah, LAWRENCE Christopher, TORRES Vincent, MIODRAG Nancy, LEE J. et BOYNES David, « Neurodiversity on the stage: The effects of inclusive theatre on youth with autism », in *International Journal of Education and Social Science*, n° 9, vol. 2, 2015, p. 27-39.
- KIRKKOPELTO Esa, *Le théâtre de l'expérience: contributions à la théorie de la scène*, PUPS, 2008.
- KLEIN Jean-Pierre, *Théâtre et dramathérapie*, Paris, Presses universitaires de France, 2015.
- KUCHYTS CHALLIER Tatsiana, « Le Corps-Peste d'Antonin Artaud face à la cruauté de l'espace vital », in *L'Annuaire théâtral : revue québécoise d'études théâtrales*, n° 52, 2012, p. 119-132.
- LAHIRE Bernard, *Portraits sociologiques: dispositions et variations individuelles*, Paris, Armand Colin, 2005.
- LANGLEY Dorothy M., *An introduction to dramatherapy*, London, Sage Publications, 2006.
- LANHER Simon, « L'estime professionnelle selon E. C. Hughes. Éléments pour une relecture honnethienne de la première tradition anthropo-sociologique chicagoyenne », in *Terrains/Théories*, n° 4, 25 juillet 2016.
- LARQUIER Guillemette de et RIEUCAU Géraldine, « Trouver ou créer son emploi : compter sur soi, sur autrui ou sur les institutions ? », in *Travail et emploi*, n° 4, n° 124, 2010, p. 43-55.
- LEBOYER Marion et LLORCA Pierre-Michel, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Paris, Fayard, 2018.
- LE BRETON David, « Mauss et la naissance de la sociologie du corps », in *Revue du MAUSS*, n° 2, n° 36, 2010, p. 371-384.
- LELONG Françoise, *Psychothérapie par le théâtre: Le soi et le personnages. A propos de l'expérience d'un groupe d'expression dramatique*, Université de Clermont I, 1985.
- LESAIN-DELABARRE Jean-Marc et COLIGNON Martine, « Art-thérapie, médiations artistiques : quelles différences pour quels enjeux ? », in *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 4, N° 72, 2015, p. 295-315.

- LEVENS Mary, *Eating Disorders and Magical Control of the Body: Treatment Through Art Therapy*, Psychology Press, 1995.
- LEVER Maurice, « Les bouffons et le roi », in *L'Histoire*, n° 31, février 1981.
- LEVERATTO Jean-Marc, « L'expérience du spectateur », in *Degrés*, n° 142, 2010.
- LIEVEN Astrid, *Théâtre, psychiatrie, ergothérapie*, Mons Belgique, Haute Ecole Provinciale du Hainaut Occidentale, 2000.
- LIOT Françoise, LANGEARD Chloé et MONTERO Sarah, *Culture et Santé – Vers un changement des pratiques et des organisations ?*, Toulouse, Edition de l'attribut, 2020.
- LIOT Françoise et MONTERO Sarah, « Les projets artistiques et culturels dans les établissements de santé : quels changements dans les pratiques et les organisations ? », in *Culture & Musées. Muséologie et recherches sur la culture*, n° 26, 1 décembre 2015, p. 208-212.
- LOPEZ Alain et TURAN-PELLETIER Gaëlle, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Paris, Inspection générale des Affaires sociales, 2017.
- LUCA-BERNIER Catherine de, « Logique du soin en psychothérapie institutionnelle », in *Le Coq-heron*, n° 3, n° 206, 9 novembre 2011, p. 98-106.
- MALEVAL Martine, « Guy Allouche : recours au mélange et engagement », in *Etudes théâtrales*, n° 3, N° 49, 2010, p. 103-107.
- MARCHAL Emmanuelle et BUREAU Marie-Christine, « Incertitudes et médiations au cœur du marché du travail », in *Revue française de sociologie*, n° 3, Vol. 50, 16 septembre 2009, p. 573-598.
- MARTIN Jean-Pierre, *Psychiatrie dans la ville*, Toulouse, ERES, 2000.
- MARTINEZ THOMAS Monique, *Le théâtre appliqué. Enjeux épistémologiques et études de cas*, Carnières, Lansman, 2017.
- MATHON Hélène et TURINE Thomas, « La marche à deux pattes », in *Chimères*, n° 2, N° 95, 2019, p. 189-200.
- MAUSS Marcel, *Sociologie Et Anthropologie*, Paris, Puf, 2014.
- _____, *Manuel d'ethnographie*, Paris, Payot, 2013.
- MAYER Andreas, « Écrire l'histoire de la psychanalyse : le problème du contexte », in *Revue d'histoire des sciences humaines*, n° 30, 3 avril 2017, p. 71-91.
- MENGER Pierre-Michel, *Le Travail créateur. S'accomplir dans l'incertain*, Paris, Le Seuil, 2009.
- _____, *Les intermittents du spectacle: sociologie d'une exception*, Paris, École des hautes études en sciences sociales, 2005.

- MERVANT-ROUX Marie-Madeleine, *Du théâtre amateur: approche historique et anthropologique*, Paris, CNRS, 2004.
- MERVANT-ROUX Marie-Madeleine et BORDEAUX Marie-Christine, « Non, le « participant » n'est pas un amateur », in *L'Observatoire*, n° 1, N° 40, 2012, p. 13-15.
- MISES Roger, *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012: correspondance et transcodage CIM10*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2012.
- MORON Pierre, SUDRES Jean-Luc et ROUX Pierre, *Creativite et art-thérapie en psychiatrie*, Paris, Elsevier Masson, 2009.
- MOUGEOT Frédéric, *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*, Toulouse, ERES, 2019.
- NAUDIER Delphine, « Agentes artistiques : des faiseuses de noms et de rémunérations », in *Terrains travaux*, n° 2, N° 35, 2019, p. 23-44.
- OFFROY Cécile et PUBERT Laure, « Percées, sur les traces de l'ancien asile : une expérience d'automédialité collective en milieu psychiatrique », in *Le sujet dans la cite*, n° 1, Actuels n° 9, 3 août 2020, p. 45-60.
- OLIVIER Kathleen, *Usefulness of Embodiment in Psychotherapy: Dramatherapy Applies Neuroscience's Knowledge about Somatic Memories*, PhD Thesis, Department of Creative Arts Therapies, Concordia University, 2006.
- _____, *Dramathérapie. Applications cliniques.*, Paris, L'Harmattan, 2021.
- ORIOLO Walter, *Théâtre et thérapie*, Cesena, Macro Ed., 2010.
- OURY Jean et TOSQUELLES François, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle: traces et configurations précaires*, Lecques, Les éditions du Champ social, 2001.
- PARFAICT François et PARFAICT Claude, *Histoire du théâtre français depuis son origine jusqu'à présent, avec la vie des plus célèbres poètes dramatiques... , Tome premier*, Paris, P. G. Le Mercier, 1745.
- PASSERON Jean-Claude, *Le raisonnement sociologique: un espace non poppérien de l'argumentation*, Paris, Albin Michel, 2006.
- PATOCKA Jan, *Papiers phénoménologiques*, Grenoble, Millon, 1995.
- PENDZIK Susana, « Six keys for assessment in drama therapy », in *The Arts in Psychotherapy*, n° 2, vol. 30, janvier 2003, p. 91-99.
- PERSON Gwenaëlle Le, « Portraits de fous en Grèce ancienne », in *Revue historique*, n° 2, n° 674, 2 juin 2015, p. 253-270.
- PEYRONNET Pierre, « Le théâtre d'éducation des jésuites », in *Dix-huitième Siècle*, n°8, 1976. *Les Jésuites.*, 1976.
- PHILIBERT Nicolas et GIROUD André, *La moindre des choses*, Paris, CNC [Centre national de la cinématographie] : Images de la culture, 2008.

- PIGEAUD Jackie, *La maladie de l'âme: étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, Paris, Les Belles lettres, 2006.
- _____, *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'antiquité gréco-romaine: la manie*, Paris, Les Belles Lettres, 1987.
- PLAGNOL-DIEVAL Marie-Emmanuelle, « Marge dans la marge ou le théâtre de Sade à Charenton comme théâtre de société », Université de Genève, 2013.
- POSTEL Jacques et QUETEL Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1997.
- PRADIER Jean-Marie, *Théâtre et neurosciences - L'interminable aporie*, Culture Teatralli, numéro spécial, 2007.
- _____, « L'ethnoscénologie. Vers une scénologie générale », in *L'Annuaire théâtral*, n° 29, 2001, p. 51-68.
- PRADIER Jean-Marie, CALVERT Dorys Faria et DUBOUILH Sandrine, *Ethnoscénologie les incarnations de l'imaginaire*, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, 2014.
- PRYEN Stéphanie, *Réflexions autour des projets artistiques à visée sociale. Des lieux spécifiques de prise en charge de l'expérience sociale, au risque des formes modernes de domination ?*, s.l., HAL, « Post-Print », 2004.
- RACHEL BRAHY et VRANCKEN Didier, « Se réaliser comme sujet dans un atelier-théâtre pour tenter de "s'en sortir" », in *SociologieS*, 2012.
- REINACH Salomon, *Chronique d'Orient 1894-1895*, Paris, E. Leroux, 1895.
- REPPER Julie et PERKINS Rachel, *Social inclusion and recovery: a model for mental health practice*, Edinburgh, Baillière Tindall, 2009.
- ROBERT Fernand, *Epidaure*, Paris, Les Belles Lettres, 1935.
- ROELANDT Jean-Luc et DESMONS Patrice, *Manuel de psychiatrie citoyenne: l'avenir d'une désillusion*, Paris, In Press, 2002.
- ROF Cristina Bellavista et GIRAL Marisol Mora, « Prevención y tratamiento de los trastornos mentales a través del teatro: una revisión », in *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, n° 3, vol. 6, 2019, p. 76-87.
- ROMEAS Nicolas, *Les hors-champs de l'art: prisons, psychiatrie, quelles actions artistiques ?*, Paris, Cassandre, 2007.
- SAISON Maryvonne, « Le théâtre et le souci du « commun » », in *Nouvelle revue desthetique*, n° 2, n° 6, 2010, p. 131-139.
- SEVESTRE Pierre, « La maison de Charenton, de la fondation à la reconstruction: 1641–1838 », in *Histoire des sciences médicales*, vol. 25, 1991, p. 61-71.
- SIFER-RIVIERE Lynda, *Chapitre 4. Enquêter par entretien: se saisir du discours et de l'expérience des personnes*, Paris, Armand Colin, 2016.

- SIMON Max, GALTON Francis, et GALTON LABORATORY FOR NATIONAL EUGENICS, *Les écrits et les dessins des aliénés*, Lyon, A. Storck, 1888.
- SMADJA Isabelle, *Images et usages de la folie dans le théâtre contemporain*, PhD Thesis, Paris 10, 1998, (dactyl.).
- SOMVILLE Pierre, *Essai sur la Poétique d'Aristote et sur quelques aspects de sa postérité*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 1975.
- SÖZERI-VARMA Gülfizar, KARADAG Filiz, KALKAN-OGUZHANOGLU Nalan et ÖZDEL Osman, « The role of group psychotherapy and psychodrama in the treatment of depression », in *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, n° 4, vol. 20, 2017, p. 308-317.
- STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation: Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Editions L'Harmattan, 1991.
- TANG Sunny X., SEELAUS Kevin H., MOORE Tyler M., TAYLOR Jerome, MOOG Carol, O'CONNOR David, BURKHOLDER Marla, KOHLER Christian G., GRANT Paul M., ELIASH Dvora, CALKINS Monica E., GUR Raquel E. et GUR Ruben C., « Theatre improvisation training to promote social cognition : A novel recovery-oriented intervention for youths at clinical risk for psychosis », in *Early Intervention in Psychiatry*, n° 2, vol. 14, avril 2020, p. 163-171.
- TARASHOEVA Galabina, MARINOVA-DJAMBAZOVA Petra et KOJUHAROV Hristo, « Effectiveness of psychodrama therapy in patients with panic disorders: Final results », in *International Journal of Psychotherapy*, n° 2, vol. 21, 2017, p. 55-66.
- TARIN René, « L'éducation par le théâtre sous la Révolution », in *Dix-huitième Siècle*, n°29, 1997. *Le vin, sous la direction de Jean Bart et Élisabeth Wahl.*, 1997.
- TERSSAC Gilbert de, LINHART Robert, *Division du travail*, Paris, Ed. Galilée, 1978.
- THEVOZ Michel, *Requiem pour la folie*, Paris, Ed. de la Différence, 1995.
- THOMPSON James, *Applied Theatre: Bewilderment and Beyond*, Londres, Peter Lang Publishing Group, 2012.
- URFALINO Philippe, « Quelles missions pour le ministère de la Culture? », in *Esprit (1940-)*, 1997, p. 37-59.
- _____, *L'invention de la politique culturelle*, Paris, La Documentation française, 1996.
- VAÏS Michel, « Le théâtre utile : entre loisir et thérapie », in *Jeu : revue de théâtre*, n° 91, 1999, p. 103-119.
- VALENTE Lucilia et FONTANA David, « Drama therapist and client: An examination of good practice and outcomes », in *The Arts in Psychotherapy*, n° 1, vol. 21, 1 janvier 1994, p. 3-10.
- VANDENINDEN Élise, « Pour une approche de la médiation par ses usages professionnels : le cas de l'art comme médiateur en psychiatrie », in *Les Enjeux de l'information et de la communication*, n° 2, Dossier 2010, 2010, p. 104-115.

- VANDEVELDE - POULIQUEN Beatrice Anne Sabine, *L'improvisation dramatique, étude clinique et psychanalytique d'ateliers théâtre en structures de soin*, Université Rennes 2, 2016, (dactyl.).
- VELPRY Livia, *Le quotidien de la psychiatrie: sociologie de la maladie mentale*, Paris, Colin, 2008.
- VERICEL Valérie, *L'activité de référent culturel à l'hôpital ou « la construction d'une profession-fantasme en Rhône-Alpes »*. Une étude empirique auprès des référents culturels en milieu hospitalier, Université Lumière Lyon 2, Faculté d'Anthropologie, de Sociologie et de Science Politique, 2014.
- VIALA Alain, *Histoire du théâtre*, Paris, Puf, 2017.
- VIDIT Jean-Pierre, BALZANI Bernard et KAINZ Georgette, *Du jeu et des délinquants*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2002.
- VINCENT Jean-Didier et DURKHEIM François, *Biologie des passions*, Paris, O. Jacob, 2011.
- VINOT Frédéric, RAUFAST Lionel et VIVES Jean-Michel, « Les médiations thérapeutiques par le théâtre : entre fiction et friction », in *Cahiers de psychologie clinique*, n° 2, n° 55, 25 août 2020, p. 81-99.
- WEBER Florence, « De l'ethnologie de la France à l'ethnographie réflexive », in *Geneses*, n° 4, n° 89, 2012, p. 44-60.
- ___, *Manuel de l'ethnologue*, Paris, Presses universitaires de France, 2009.
- WEYER Johann et CHADWYCK-HEALEY, *Cinq livres de l'imposture et tromperie des diables, des enchantements et sorcelleries, pris du latin de Jean Wier, ... et faits français par Jaques Grévin*, ., Place of publication not identified, Chez J. Du Puys, 1569.
- YON Jean-Claude, *Une histoire du théâtre à Paris de la Révolution à la Grande Guerre*, Paris, Aubier, 2012.
- YOTIS Lambros, « Dramatherapy performance and schizophrenia », 2002.
- ZECH Emmanuelle et VANDENBUSSCHE Fabrice, *La thérapie par exposition à la narration de Schauer, Neuner et Elbert*, Louvain, Presses universitaires de Louvain, 2010.
- « Théâtre et psychiatrie », in *Santé mentale*, N.154, janvier 2011, p. pp.19-73.
- Historique de la politique Culture et Santé*, <https://www.culture.gouv.fr/Regions/Drac-Auvergne-Rhone-Alpes/Pole-action-culturelle-et-territoriale/Culture-et-Sante/Historique-de-la-politique-Culture-et-Sante>, consulté le 16 janvier 2021.

Table des sigles

AFDAS : Assurance Formation Des Activités du Spectacle

AND : Association Nationale de Dramathérapie

ARS : Agence Régionale de Santé

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

CH : Centre Hospitalier

CHR : Centre hospitalier régional

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CMP : Centre Médico-Psychologique

DRAC : Direction Régionale des Affaires Culturelles

FFAT : Fédération Française des Art-thérapeutes

HL : Hôpital local

MSMM : Maison de Santé pour Maladies Mentales

RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UPL : Université Paris Lumières

USLD : Etablissement de Soins Longue Durée

Table des illustrations

SCHEMA DE PRISE DE CONTACT TELEPHONIQUE	136
TYPLOGIE DES ATELIERS EN RAPPORT AVEC LE STATUT DE L'INTERVENANT	184
ATELIERS EN ARTS DU SPECTACLE EN 2018 REGION ILE-DE-FRANCE.....	189
ATELIERS EN ARTS DU SPECTACLE EN SERVICE DE PSYCHIATRIE	190
TYPES DE PROJETS THEATRE EN PSYCHIATRIE EN 2018	191
LABELLISATION CULTURE ET SANTE (SOURCE ARS ILE-DE-FRANCE).....	192
TYPES D'ATELIERS EN SERVICE DE PSYCHIATRIE DE 2014 A 2019	194
DISCIPLINES EN ARTS DU SPECTACLE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS	195
EVOLUTION DE LA REPARTITION A L'EHELLE REGIONALE SUR LES 6 ANNEES.....	196
TYPES DE DISCIPLINES EN ARTS DU SPECTACLE	197
TYPES DE DISCIPLINES EN FONCTION DU SERVICE	197
TYPES DE SERVICES ACCUEILLANT LES ATELIERS PAR REGION	198
TYPES D'ATELIERS EN SERVICE DE PSYCHIATRIE REGION AUVERGNE RHONE ALPES	199
DISCIPLINES ARTISTIQUES EN SERVICE DE PSYCHIATRIE AUVERGNE RHONE ALPES	199
TYPES D'ATELIERS EN SERVICE DE PSYCHIATRIE REGION BRETAGNE	202
DISCIPLINES ARTISTIQUES EN SERVICE DE PSYCHIATRIE BRETAGNE	202
DISCIPLINES ARTISTIQUES EN SERVICE DE PSYCHIATRIE HAUTS-DE-FRANCE	204

TYPES D'ATELIERS DANS LES AUTRES SERVICES.....	206
TABLEAU DE CATEGORIES DES ETABLISSEMENTS	209
FREQUENCE DES ATELIERS PAR TYPES D'ETABLISSEMENTS DE 2014 A 2019	211
FREQUENCE DES ATELIERS PAR TYPES D'ETABLISSEMENTS ET PAR REGION.....	213
CARTOGRAPHIE DES ATELIERS THEATRE (SERVICE DE PSYCHIATRIE) 2014 2015....	214
CARTOGRAPHIE DES ATELIERS THEATRE (SERVICE DE PSYCHIATRIE) 2016 2017....	215
CARTOGRAPHIE DES ATELIERS THEATRE (SERVICE DE PSYCHIATRIE) 2018 2019....	216
MONTANT DES FINANCEMENTS EN EUROS	313

Annexe 1 : Personnes interrogées

- 1 : Entretien avec Mr Pignol, comédien

Cet artiste a organisé et animé pendant plus de vingt ans un atelier théâtre dans un service de pédopsychiatrie. Des captations vidéo conservées dans cet établissement permettent aujourd'hui d'avoir une idée du déroulement des ateliers. Ces enregistrements étaient visionnés par le psychiatre chef de service.

- 2 : Entretien avec Mr Roche, psychiatre retraité, ancien chef de service du secteur pédopsychiatrique

Médecin et co-organisateur de l'atelier, ce praticien a été un des précurseurs dans l'organisation d'ateliers culturels en pédopsychiatrie.

- 3 : Entretien avec Mr Adjouj, comédien intervenant en IME

Comédien professionnel

- 4 : Entretien avec Mme De Lattre, fondatrice et directrice d'association

Elle est également formatrice et a une vision sur le long terme du développement des activités culturelles en milieu de soin.

- 5 : Entretien avec Mr Dassat, psychiatre

Il développe de nombreuses activités culturelles dans les structures qu'il dirige et tisse des liens importants avec les structures culturelles de son territoire.

- 6 : Entretien avec Mme Wonner, comédienne

Elle anime un atelier théâtre au CATTP toutes les semaines. Cet atelier est financé dans le cadre du dispositif Culture et Santé.

- 7 : Entretien avec Mr Dupont, comédien et directeur de compagnie

Ancien éducateur, il organise et anime un atelier de théâtre dans plusieurs structures de soins. Ces ateliers sont financés en partie par le dispositif Culture et Santé.

- 8 : Entretien avec Mr Vella DRAC

Conseiller territorial il est le responsable du programme Culture et Santé.

- 9 : Entretien avec Mme Porte ARS

Coordinatrice du programme Culture et Santé à l'ARS

- 10 : Entretien avec Mr Blanquet, comédien et psychiatre

Comédien et psychiatre, il fait partie d'une structure qui intervient dans plusieurs établissements de soin.

- 11 : Entretien avec Mme Palais, comédienne

Comédienne qui mène des ateliers en établissement de soins dans le cadre du dispositif Culture et Santé

- 12 : Entretien avec Mme Hamard, comédienne

Comédienne qui mène des ateliers en établissement de soins dans le cadre du dispositif Culture et Santé

- 13 : Entretien avec Mme Dupuech, médecin dermatologue

Dermatologue, elle a un projet culturel de pratique théâtrale

- 14 : Entretien avec Mme Sautout, comédienne

Comédienne, elle propose un atelier théâtre à des personnes hospitalisées en psychiatrie

- 15 : Entretien avec Mme Rossignol, chargée culturelle

Elle coordonne l'ensemble des activités artistiques d'un hôpital qui est très actif dans ce domaine

- 16 : Entretien avec Mme Genestier, référente culturelle d'une fondation

Cette fondation est leader en termes d'action culturelle auprès de patients en psychiatrie

- 17 : Entretien avec Mme Gilles comédienne

Comédienne qui a dix ans d'expérience d'atelier théâtre en milieu de soins.

- 18 : Entretien avec Mme Sylvestre comédienne

Comédienne qui a dix ans d'expérience d'atelier théâtre en milieu de soins.

- 19 : Entretien avec Mr Gretel, danseur

Mène un atelier de danse dans le cadre du dispositif Culture et Santé

- 20 : Entretien avec Mme Arthaud, coordinatrice d'une association

En charge des partenariats elle coordonne les actions d'une association intervenante

- 21 : Entretien avec Mme Sanchez, comédienne

Comédienne, elle a mené deux ateliers en établissement de soins, les deux ont été soutenus par le dispositif Culture et Santé

- 22 : Entretien avec Mme Dos Santos, artiste photographe

Soutenue par le dispositif Culture et Santé elle mène un projet autour de la mise en scène

- 23 : Entretien avec Mr Gauthier, Comédien

Avec une expérience de 15 ans, il est très impliqué dans la relation de la culture et du soin

- 24 : Entretien avec Mme Durand, Comédienne

Elle pratique le conte avec des patients de la psychiatrie. Suit également une formation de psychologue.

- 25 : Entretien avec Mme Bernet Rollande, occupe un poste administratif important dans la direction d'établissement de soins

Responsable du pôle lié à la culture

- 26 : Entretien avec Mme Martin, Comédienne

Propose un atelier théâtre dans un service de pédopsychiatrie

- 27 : Entretien avec Mr Goigoux Comédien

Intervenant depuis des années en hôpital de jour, il a une grande expérience du lien entre théâtre et psychiatrie. Il a lui-même pratiqué le psychodrame dans une position de patient.

- 28 : Entretien avec Mr Bodmer, psychologue

Dirige une compagnie de théâtre amateur en plus de son implication dans un dispositif mêlant le théâtre et le soin

- 29 : Entretien avec Mme Canault, psychologue

Membre du groupe d'accueil et de coordination d'une association liant théâtre et soins psychiatriques

- 30 : Entretien avec Mme Béal, psychomotricienne retraitée

Fondatrice d'une association liant théâtre et soins psychiatriques

- 31 : Entretien avec Mme Vocanson, infirmière en CHS

Comédienne amateur, elle anime un atelier théâtre avec des patients en service de psychiatrie.

- 32 : Entretien avec Mme Seuzaret, pédopsychiatre

Comédienne amateur, elle anime un atelier de psychodrame dans un CMP

- 33 : Entretien avec Mme Chaumeil, musicienne intervenante en hôpital depuis 15 ans

Elle milite pour l'accès à la culture et notamment à la musique dans les établissements de soins. Elle a une réelle expertise sur l'inscription des ateliers de pratiques culturelles au sein des hôpitaux.

- 34 : Entretien avec Mme Moreau, patiente au centre de jour de la clinique des Saules

Patiente depuis quelques années dans le centre de jour, elle a été l'une des patientes les plus assidues de l'atelier que j'ai mené durant trois années. Interprétant le rôle de Créon dans Antigone de Cocteau, elle a appris la totalité du texte et est restée très impliquée. Avec un regard aiguisé sur sa prise en charge, sur la thérapie, sur l'évolution de la clinique, elle a un itinéraire singulier quant à sa relation au théâtre.

- 35 : Entretien avec Mr Dumas, patient au centre de jour de la clinique des Saules

Entré en hospitalisation complète puis intégrant petit à petit le centre de jour, il est également comédien et metteur en scène. Son analyse et ses commentaires sur l'atelier que j'ai mené ont été très riches. Menant également des ateliers théâtre dans sa vie professionnelle avec des amateurs, le croisement de nos regards a été durant ces trois années fructueuses. Il a participé durant ces trois années à une trentaine de séances autour du travail sur les pièces d'Arlequin poli par l'amour de Marivaux et Le médecin malgré lui de Molière. Son jeu d'acteur, son envie et sa présence ont été pour l'ensemble des participants un véritable moteur et son regard, toujours bienveillant et encourageant est resté essentiel dans l'évolution de mon atelier.

- 36 : Entretien avec Mr Luce, patient au centre de jour de la clinique des Saules

Étant fortement attiré par la pratique théâtrale, il a durant ces trois années toujours été intéressé par la pratique de l'improvisation dans l'atelier. Souhaitant débiter une pratique amateur à l'extérieur, il a également un regard intéressant sur les activités artistiques proposées dans le cadre de sa prise en charge.

- 37 : Entretien avec Mme Yagoub, patiente au centre de jour de la clinique des Saules

L'atelier théâtre était au départ pour elle un véritable défi. Petit à petit, elle a pris confiance et partage aujourd'hui son goût pour la lecture à voix haute. Elle questionne la notion de groupe notamment autour de la bienveillance et des jugements.

- 38 : Entretien avec Mme Brugière, infirmière au centre de jour de la clinique des Saules

Soignante du centre de jour depuis sa création, elle a un regard professionnel avisé sur les questions d'art thérapie. Ce type de médiation est majoritairement utilisé dans cet établissement.

- 39 : Entretien avec Mme Bernard, infirmière au centre de jour de la clinique des Saules

Infirmière du centre de jour, elle garde un œil bienveillant sur les patients et les intervenants de la clinique.

- 40 : Entretien avec Mme Simon, CHS

Responsable culturelle d'un pôle artistique d'un établissement psychiatrique

- 41 : Entretien avec Mme Dumont, comédienne et psychologue

Elle a participé à plusieurs projets dans le cadre de Culture et Santé. Elle a également une formation de psychologue.

- 42 : Entretien avec Mr Cellier, référent culturel et éducateur en CHS

Retraité en 2019, il a monté un atelier théâtre en CHS

- 43 : Entretien avec Mr Piaget, psychiatre retraité

Il a été un des précurseurs dans le montage de projet théâtre en psychiatrie.

- 44 : Entretien avec Mme Zimmerman, formatrice

Psychologue, elle dirige une association de formation

- 45 : Entretien avec Mme Pommier, dramathérapeute

Elle est membre fondatrice d'une association de dramathérapie

Annexe 2 : Guides d'entretiens

Les entretiens avec les intervenants et artistes

Guide d'entretiens :

Comment avez-vous décidé de mener des ateliers au sein de structures de soins ?

Quelles propositions artistiques amenez-vous ?

Quels objectifs vous donnez-vous ?

Comment se passe la sélection des patients qui participent à vos ateliers ?

Quelles sont vos relations avec l'équipe soignante ?

Rencontrez-vous des difficultés liées au milieu médical ?

Comment évaluez-vous vos ateliers pour vos financeurs ?

Avez-vous des relations avec d'autres artistes qui interviennent en milieu de soins ?

Les entretiens avec les soignants et les personnels administratifs

Guide d'entretiens :

Comment avez-vous décidé de mener des ateliers au sein de votre structure de soins ?

Quelles propositions artistiques amènent les artistes ?

Quels objectifs vous donnez-vous ?

Comment se passe la sélection des patients qui participent aux ateliers ?

Quelles sont vos relations avec les artistes ?

Comment évaluez-vous les ateliers pour vos financeurs ?

Avez-vous des relations avec d'autres artistes qui interviennent en milieu de soins ?

Voici la liste des questions posées auprès des personnels administratifs :

Comment avez-vous décidé de mener des ateliers au sein de votre structure de soins ?

Quelles propositions artistiques amènent les artistes ?

Quels objectifs vous donnez-vous ?

Comment se passe la sélection des patients qui participent aux ateliers ?

Quelles sont vos relations avec les artistes ?

Comment évaluez-vous les ateliers ?

Avez-vous des relations avec d'autres artistes qui interviennent en milieu de soins ?

Les entretiens avec les patients

Guide d'entretiens :

Comment avez-vous été amené à participer à des ateliers artistiques au sein de structures de soins ?

Quelles propositions artistiques amènent les intervenants ?

Quels objectifs vous donnez-vous dans l'atelier théâtre avec le groupe de participants et l'intervenant ?

Comment se passe la sélection des patients qui participent à l'atelier ?

Moment marquant de l'expérience de groupe dans l'atelier théâtre

Apport du théâtre dans votre prise en charge

Annexe 3 : Enregistrements des entretiens

Les enregistrements des entretiens sont disponibles sur le support USB ci-joint.

Annexe 4 : Questionnaire

Questionnaire

*Enquête sur les actions artistiques relevant des arts du spectacle
au sein des établissements hospitaliers en France
sur la période 2014-2019*

Cette étude dirigée par Jérôme Dubois, maître de conférences au département Théâtre de l'Université Paris 8 Saint-Denis, est menée par le doctorant Vincent Clavel. Nous vous serions reconnaissants si vous pouviez répondre, d'ici fin-juin 2019, à ce questionnaire qui nous permettra de réaliser un répertoire des intervenants et des compagnies intervenantes, mais aussi et surtout une typologie et une cartographie des actions relevant des arts du spectacle au sein des établissements hospitaliers en France. Parallèlement à ce questionnaire à vos services, nous menons des entretiens auprès de certains artistes, soignants, animateurs et personnels administratifs pour mieux comprendre les protocoles mis en place. Les résultats de l'étude seront diffusés lors d'un colloque prévu mi-novembre 2019, puis dans une publication sous forme d'article, prévue en 2020. Nous ne manquerons pas de vous en informer. A noter que cette recherche, financée par l'Université Paris 8 Saint-Denis et l'Université Paris Lumières est indépendante des pouvoirs publics.

Intervenant ou compagnie concernés :

- Nom de l'intervenant et (ou) de la compagnie, avec si possible ses coordonnées.
Si vous avez eu plusieurs intervenants sur la période 2014-2019, merci de préciser les noms et coordonnées en précisant pour chacun l'année d'intervention, sinon préciser la période d'intervention (par exemple (2015-2018) pour l'intervenant en question.

Année(s)	Nom de l'intervenant	Nom de la compagnie	Coordonnées

- Type d'action artistique, si multidisciplinaire, précisez quelles disciplines sont concernées. Si elle diffère en fonction des intervenants, précisez le nom de l'intervenant après la discipline.

<input type="checkbox"/>	Théâtre
<input type="checkbox"/>	Danse
<input type="checkbox"/>	Musique
<input type="checkbox"/>	Chant
<input type="checkbox"/>	Conte
<input type="checkbox"/>	Cirque (dont clown)
<input type="checkbox"/>	Marionnette
<input type="checkbox"/>	Autre discipline artistique, précisez :

- Nom de l'établissement, éventuellement nom du (ou des) département(s) ou service(s) où se déroule l'action artistique.

- Type d'établissement (CH, CHU, CHS, CMP...).

<input type="checkbox"/>	Centre Hospitalier Régional (CHR)
<input type="checkbox"/>	Centre Hospitalier (CH)
<input type="checkbox"/>	Etablissement de convalescence et de repos
<input type="checkbox"/>	Etablissement de soins médicaux
<input type="checkbox"/>	Etablissement réadaptation fonctionnel
<input type="checkbox"/>	Centre Médico-Psychologique (CMP)
<input type="checkbox"/>	Maison de Santé pour Maladies Mentales
<input type="checkbox"/>	Centre Hospitalier Spécialisé lutte Maladies Mentales
<input type="checkbox"/>	Etablissement de soins Longue durée
<input type="checkbox"/>	Etablissement de soins pluridisciplinaire
<input type="checkbox"/>	Atelier thérapeutique
<input type="checkbox"/>	Service Médico-psychologique Régional (SMPR)
<input type="checkbox"/>	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
<input type="checkbox"/>	Centre Crise Accueil Permanent
<input type="checkbox"/>	Autre, précisez :

- Type de publics (ou de maladies soignées).

- Finalité(s), *plusieurs réponses possibles* :

<input type="checkbox"/>	Préparation à la sortie
<input type="checkbox"/>	Accompagnement du soin
<input type="checkbox"/>	Amélioration des conditions d'hospitalisation
<input type="checkbox"/>	Diffuser la culture à l'hôpital
<input type="checkbox"/>	Avant tout divertir
<input type="checkbox"/>	Ne sais pas
<input type="checkbox"/>	Si autres, précisez.

- Critère(s) d'évaluation des actions :

- Quelles autres formes d'actions souhaiteriez-vous mettre en place si vous en aviez les moyens ?

En vous remerciant pour votre participation,

Bien cordialement,
Jérôme Dubois (maître de conférences)
Vincent Clavel (doctorant, ingénieur d'études)