

Atelier pour les journées scientifiques de la SFPPG de mars 2019

« Un intervenant *satellite* peut-il avoir un rôle thérapeutique? »

Sandrine Pitarque, dramathérapeute, enseignante, co-responsable pédagogique de la spécialité dramathérapie du Master Paris 5.

En tant qu'art-thérapeute j'ai le plus souvent une place singulière au sein d'une équipe. Je ne suis pas salariée de la structure: je suis intervenante extérieure, rémunérée par une association qui facture l'hôpital. Mon intervention ne se fait donc pas dans le cadre d'un contrat de travail mais dans celui d'une convention entre l'hôpital et l'association, convention qui se renouvelle (ou pas) annuellement. Le plus souvent, j'anime un atelier hebdomadaire au sein d'un établissement

- . qui en a émis le souhait,
- . qui indique les patients pour qui la médiation paraît adaptée
- . et qui accompagne le travail, notamment par la présence d'un ou plusieurs professionnels au sein de l'atelier.

Une partie du budget permet de me rémunérer sur un temps de travail autre que celui de l'animation de l'atelier: post-groupes et réunions. C'est un statut précaire mais qui a l'avantage d'offrir une grande liberté. Il me place dans une position que je qualifierais de *satellite* vis-à-vis de l'équipe: à la fois dans et hors de l'institution.

Voilà pour le cadre administratif de mes interventions. Qu'en est-il de leur enjeu thérapeutique ? En tant que dramathérapeute on me demande de travailler sur des aspects importants de la personne:

- . développer le schéma corporel, la confiance en soi, l'imaginaire,
- . développer la capacité à prendre sa place, à prendre la parole,
- . à respecter son corps et le corps de l'autre, à accepter le regard extérieur,
- . améliorer les capacités relationnelles,
- . travailler sur des « rôles » différents de ceux dont on a l'habitude, de ceux qu'on nous assigne...

On peut aussi me demander de travailler à la prise en charge globale du patient comme un des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Comment de telles demandes thérapeutiques peuvent-elle être accomplies dans le cadre d'un statut *satellite* tel qu'évoqué plus haut ?

I. Ce statut a-t-il des apports spécifiques au regard de la dimension soignante ?

Être dramathérapeute extérieure me semble apporter notamment deux spécificités.

Le regard *neuf* d'un métier pas officiellement reconnu dans sa dimension soignante. En tant qu'art thérapeute, nous posons souvent un regard différent sur les patients, de par notamment notre double formation, artistique et soignante.

C'est mon métier de metteuse en scène que de savoir regarder les acteurs. Et, dans un atelier de dramathérapie, les participants sont régulièrement amenés à être acteurs. J'ai un regard à la fois rigoureux et bienveillant qui soutient la prise de risque et le lâcher prise inhérents au jeu théâtral. J'ai un regard technique qui me permet de déceler des variations parfois ténues dans l'expression corporelle et émotionnelle. Ce regard¹, complémentaire à celui de mes collègues éducateurs, infirmiers, psychologues, psychométriciens, orthophonistes et médecins, permet souvent d'apporter un éclairage nouveau sur le patient. « C'est la première fois que je le vois faire ça, je n'aurais jamais cru qu'elle pourrait faire cela » sont des phrases qu'on entend souvent des soignants qui participent à un atelier de dramathérapie. C'est bien la position satellitaire de mon métier d'art-thérapeute, entre deux champs distincts, l'artistique et le soignant, non reconnu par le ministère de la santé comme métier de soin (ce qui oblige à la position satellitaire d'un point de vue administratif puisqu'on ne peut pas être salarié d'un hôpital public) qui me donne cette capacité à poser un regard neuf.

Le dedans-dehors de l'intermittence. Ce regard est soutenu par une expérience professionnelle théâtrale mais est aussi favorisé par une intermittence de ma présence. Je ne suis pas là tous les jours. Le plus souvent, je suis présente sur la structure une fois par semaine. Ainsi je ne suis pas fatiguée par les cris ou l'absence de communication des jeunes patients autistes, par l'apathie ou les passages à l'acte agressifs des adolescents, par la chronicité des patients adultes. J'arrive chaque semaine plutôt en forme, nourrie par mes autres interventions. Les différents publics, qui ont chacun leurs difficultés mais aussi chacun leur énergie et leur forme de créativité, se nourrissent mutuellement en moi. La dimension corporelle engagée dans le travail avec les jeunes patients autistes nourrit et est nourrie par la dimension citoyenne que je rencontre avec les jeunes migrants hospitalisés, celle symbolique de mon travail à la limite du psychodrame avec les adolescents, celle d'invention théâtrale avec les adultes auprès de qui je suis *seulement* metteuse en scène, etc.

À noter que le caractère dedans-dehors de ma position est accentuée par deux éléments propres au dispositif de dramathérapie. Tout d'abord l'espace qu'il demande oriente souvent sa localisation en dehors de l'institution, dans une salle de danse d'une MJC, ou une salle polyvalente d'un établissement voisin, par exemple. Ensuite la singularité de l'espace de la scène et de ce qui s'y joue contribue à en faire un espace-temps à part pour tous les participants, soignants comme patients.²

II. Ce statut a-t-il des limites au regard de la dimension soignante ?

¹ voir sur cette question du regard en dramathérapie : Pitarque S. 2016 « Dramathérapeute, un metteur en scène suffisamment bon », Revue de la SFPE-AT, communication consultable sur la page <http://dramatherapie-paris.fr/publications>

² C'est une des différences qu'on peut faire entre le psychodrame psychanalytique et la dramathérapie que l'utilisation, dans celle-ci, des éléments physiques de l'espace théâtral (scène, coulisse, rideaux, éclairage...) Voir sur ce sujet : Pitarque S. 2017 « La scène, un espace (de l'intime ? » Revue de la SFPE-AT, communication consultable sur la page <http://dramatherapie-paris.fr/publications>

La première limite est celle de l'indication.

Dans certains établissements, l'indication des patients dans le groupe de dramathérapie se fait en concertation. Nous faisons une réunion avec toute l'équipe en fin d'année pour envisager ensemble quels participants continuent l'année suivante. Puis nous nous réunissons en début d'année scolaire pour vérifier si ce qu'on avait postulé est possible et décider quels autres patients vont s'ajouter au groupe. L'équipe me décrit le profil des patients envisagés et je donne mon avis. Le groupe se constitue ainsi assez bien et les (mauvaises) surprises sont rares.

Mais dans d'autres établissements, je ne suis pas ou pas assez impliquée dans l'étape de l'indication. J'hérite de groupes qui se sont constitués sur des critères qui ne sont pas toujours ceux liés à la médiation. Ainsi une année, au sein d'un hôpital de jour pour enfants autistes, j'ai dû travailler avec trois enfants aux profils de jeu totalement différents. Il n'a quasiment pas été possible de faire groupe tout au long de l'année et il a fallu jongler entre les différentes entrées de jeu que nécessitait chaque enfant : l'un plus corporel, le second par l'intermédiaire d'objets, le troisième à travers des jeux de rôle.³ Nous avons tenté de faire au mieux dans ce contexte mais il n'était certainement pas le plus propice au travail, notamment car nous ne pouvions pas nous appuyer sur la dimension goupale.

La seconde limite est celle de l'évaluation et de l'évolution du travail. Elle est généralement liée à la première car elle résulte des mêmes causes : une difficulté de l'établissement à me considérer comme faisant partie de l'équipe soignante. Si l'ensemble de l'équipe médicale n'est pas impliquée dans le processus de l'atelier, celui-ci a peu de chance d'avoir des effets thérapeutiques. Au contraire, il va progressivement évoluer vers une dimension occupationnelle. Le mouvement est lent et peu sensible au départ mais inéluctable si on n'y prend pas garde. A posteriori voici celui qui s'est mis en place au fur et à mesure des années pour un de mes ateliers se déroulant dans un hôpital de jour accueillant des enfants autistes.

- Année 1, la rencontre : on se découvre, on se fait progressivement confiance, certains soignants qui avaient commencé l'atelier en partent et d'autres les remplacent, le groupe se met à exister, les enfants y développent des compétences nouvelles, je filme deux séances et montre un montage de quelques minutes de ces séances lors des portes ouvertes de fin d'année, tout le monde est très impressionné de ce que les enfants y produisent. Les derniers mois de l'atelier se vivent sur un mode d'illusion goupale, point de départ qui va permettre au groupe de développer une dimension thérapeutique importante pendant les années suivantes.
- Années 2 à 5, les années de gloire : grande implication de l'équipe médicale pour l'atelier, les soignants qui y participent se renouvellent chaque année mais y restent souvent deux ans de suite, parfois trois ou quatre, de même certains

³ voir la théorie de Sue Jennings, dramathérapeute anglaise, sur le développement de l'enfant autour de son rapport au jeu, à ravers trois phases : embodiment, projection, role. Jennings S. 1997. *Introduction to dramatherapy*, Jessica Kingsley Publishers, London.

enfants restent au moins deux ans et avancent sur plusieurs critères (langage, capacité relationnelle, expression et connaissance des émotions).

- Année 4 : le chef de pôle obtient l'autorisation de transformer un poste de paramédical non employé en budget pour des interventions artistiques. Quatre ateliers théâtre s'ouvrent dans quatre établissements du pôle (3 CATTP enfants et 1 adolescent). Ma présence au sein du pôle *explose*.
- À la fin de l'année 4, compte tenu des profils des enfants qui évoluent, on change le cadre : au lieu d'un seul atelier de 2h avec 5 à 6 enfants, on fait deux ateliers de 45 mn avec 2 à 3 enfants.
- Année 5 : des projets de formation me sont proposés par l'encadrement du pôle. On met en place un atelier individuel de Dramathérapie. Étant présente sur la structure le jour des synthèses, je participe maintenant à ces réunions quand elles concernent un enfant que je suis, soit en individuel soit en groupe.

Le chef de pôle part à la retraite et est remplacé par un des PH chefs de service.

- Année 6, le début de la fin : des premières tensions se font sentir, autour de ma place à ces réunions, les séances individuelles continuent pour la deuxième année mais ne seront pas renouvelées : elles ne font pas sens dans la mesure où aucun soignant de la structure ne s'y trouve. Et en effet, si je ne participe pas à des réunions régulièrement, une prise en charge individuelle ne peut pas être thérapeutique puisque rien de ce qui s'y passe ne peut être travaillé le reste du temps. À la fin de l'année, je fais un écrit retraçant l'historique de l'atelier, l'évolution de son cadre et de ses objectifs et je réprecise ce qu'on peut en attendre. Je n'ai pas de retour sur cet écrit. Je réalise qu'aucune salle n'a été prévue, dans le nouvel établissement en construction, pour une activité comme le théâtre. L'art plastique thérapeute, qui est arrivée en même temps que moi, quitte la structure car elle ne se sent plus suffisamment respectée.
- Années 7 et 8, l'inexorable déclin : Déménagement dans le nouvel hôpital de jour. Je travaille dans une salle trop petite, sans aération. Mais il est impossible de trouver une autre salle. On n'y parviendra que l'année suivante. La communication est devenue presque impossible avec certains cadres. La musicothérapeute et moi, sentant les équipes en souffrance depuis longtemps, proposons un petit atelier pour les équipes de « découverte sensorielle » du nouveau lieu, pensant que l'absence d'art plastique thérapeute depuis le début de l'année permettrait de dégager un budget. C'est refusé.
- Depuis deux ans, les soignants restent moins longtemps dans l'atelier (maximum deux ans, plus souvent une seule année), il n'y a plus de paramédical (orthophoniste ou psychomotricité). Une psychométricienne nouvelle dans la structure qui voudra participer à l'atelier au début de l'année 8 se le verra refuser. Un des groupes est constitué d'enfants tellement différents qu'il est impossible de les faire travailler ensemble.
- La musicothérapeute quitte la structure au début de l'année 8. La violence entre dans l'atelier de dramathérapie pour la première fois depuis 8 ans. Un des enfants tape régulièrement les autres et, un jour, je ne trouve pas d'autre moyen que de lui faire une clé. Cette incapacité à élaborer un mouvement agressif, dans le jeu, dans l'humour ou dans les mots, me heurte profondément. Au mois de mai, on me signifie que l'atelier ne sera pas renouvelé l'année prochaine.

III. Dans quelle mesure l'atelier participe-t-il à la vie institutionnelle ? Dans quelle mesure un atelier animé par un thérapeute extérieur peut-il alors apporter une dimension institutionnalisante ?

Le désengagement de l'hôpital de jour vis à vis des ateliers d'art thérapie est lié à des changements de direction, un déménagement, une souffrance non élaborée des équipes. L'atelier n'a pas pu tenir, malgré ma surdité aux signes et mon entêtement (que j'essaie de positiver en les expliquant par mon plaisir à travailler avec ces enfants !) Pris dans des mouvements institutionnels qu'on ne peut que ressentir à distance et qu'on peut donc avoir du mal à élaborer suffisamment tôt (d'autant qu'on n'est pas convié à des espaces d'analyse des pratiques qui peuvent exister dans l'établissement), nos ateliers peuvent subir ces mouvements avec finalement autant de brutalité.

Mais parfois la vie institutionnelle s'invite dans l'atelier sur un mode plus élaboré. Dans l'atelier que je mène au CATTP adolescent, le rôle du psychologue et celui du médecin sont souvent mis en scène, dans des improvisations où les jeunes explorent notamment la question de leur folie. Une année, un jeune jouait chaque semaine une scène se passant chez le psychologue, où il interprétait alternativement la patient, le psy ou le parent. En réunion institutionnelle au milieu de l'année, sa psychologue référente nous a appris qu'il ne venait plus à ses séances individuelles. Ne le vivant pas comme une rivalité, elle a au contraire accueilli ce choix d'espace transférentiel fait par le jeune et nous a aidés à élaborer ce qui pouvait se jouer pour lui dans ces scènes.

La distance, qui peut empêcher d'anticiper des mouvements dont on ne ressent que les échos, devient un atout quand la scène, espace distancié à l'intérieur de l'atelier lui-même distancié de l'institution, devient un espace de représentation de ces mouvements transférentiels. A condition que la place de la dramathérapeute soit suffisamment incorporée au sein de l'équipe dans sa dimension soignante, afin que la réflexion institutionnelle se fasse autour de ces transferts. Les scénarios élaborés sur la scène dramathérapeutique prennent alors sens dans le dialogue avec l'équipe soignante.

L'atelier de dramathérapie, de part sa position extérieure, tant spatialement que symboliquement, peut aussi servir directement d'élément de dynamique institutionnelle. On lui attribue très souvent un objectif d'amélioration de liens au sein de l'institution. L'atelier est transversal à plusieurs groupes ou plusieurs services et sert à construire ou renforcer des liens entre eux. En effet :

- les soignants sont en dehors de leur cadre habituel de travail ;
- ils se laissent porter par la dramathérapeute qui anime les séances ;
- ils prennent des postures et créent des relations avec les patients très différentes de leurs habitudes: ils s'essaient à de nouveaux rôles soignants ;
- certaines résistances peuvent tomber, y compris dans leurs relations avec leurs pairs ;
- nous construisons ensemble un projet (thérapeutique ou de spectacle) et cet objectif commun rassemble les soignants au-delà de leurs différents.

Quelques effets de cette dimension institutionnalisante d'un atelier de dramathérapie peuvent alors s'observer :

- Le plaisir d'un soignant à jouer le *fou*, le patient qui se plaint, l'ado qui attaque le cadre... et à se décharger en jeu de ce que les fous, les patients, les adolescents lui font subir toute la semaine (plaisir à mettre en regard de la décharge libératrice du patient ou de l'enfant à jouer le médecin ou l'adulte !)
- Le même type de plaisir de revanche et de décharge jubilatoire lorsqu'un éducateur doit jouer, à la demande d'un patient, un médecin qui n'écoute rien ou un psychologue qui ne fait que parler !
- Le rassemblement des énergies autour de l'organisation d'une représentation publique : l'atelier cuisine et l'atelier pâtisserie confectionnent le buffet, l'atelier vidéo s'occupe de la captation, les soignants qui ne participent pas à l'atelier organisent les transports... tout cela donnant pendant une semaine une couleur de psychothérapie institutionnelle au service.
- La qualité des échanges à la fin d'une représentation publique entre médecin-spectateur et patients-acteurs, mais aussi entre médecin-spectateur et infirmiers-acteurs
- Les projets qui s'initient entre deux services qui ne travaillaient jamais ensemble, un an après la mise en place d'un atelier théâtre commun.

Même extérieur, dans sa localisation, dans le statut satellitaire de l'intervenant, dans son contenu, un atelier de dramathérapie fait partie de l'institution et l'institution fait partie de l'atelier. Comme la lune qui rythme les marées des océans de notre planète et le cycle biologique de certaines femmes, l'atelier satellitaire, même à distance, influence l'institution et est traversé par les mouvements institutionnels.